|  |
| --- |
| **Personalien Kind und Familie Plan Nr.** [ ]   [ ]   |
| Name:  | Geburtsdatum:  | Betreuungsplan ausgefüllt |
| Vorname:  |  | am:  von:   |
|  |  |
| Adresse:                     | Tel. Mutter:       |
| Tel. Vater:       |
| Andere Tel.:       |
| Religion:       |
| **Diagnosen:**      | **Gewicht:**       |
| **Länge:**       |
| **Aktuelle Probleme:**       |
| **Zu erwartende Probleme:**       |
| **Allergien/Unverträglichkeiten:**      |
| **[ ]** nicht relevant |
| **Welche Personen sind bei einer akuten Situation zu benachrichtigen?**  |
|  | **Name** | **Funktion (Arzt, Pflege..)** | **Erreichbar unter:** |
| **1.** |       |       |       |
| **2.** |       |       |       |
| **3.** |       |       |       |
| **4.** |       |       |       |
| **5.** |       |       |       |
| **Reanimation ja** [ ]  **nein** [ ]  besprochen am:      [ ]  nicht besprochen**Ergänzende Informationen zur** **Reanimation:**     **Patientenverfügung: ja** [ ]  **nein** [ ]  besprochen am:       | **Ja Nein**[ ]  [ ]  Sauerstoff[ ]  [ ]  manuelles Bebeuteln[ ] [ ]  Intubation[ ] [ ]  Verlegung auf Intensivstation[ ] [ ]       [ ] [ ]        |
| **Unterschriften:** | **Datum** | **Kind/Eltern/Beistand** | **Arzt** |
| **Besprochen am:**  |       |       |       |
| **Aktualisiert:** |       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztliche Verordnung** | **Start** | **Stopp** |
| **Datum** | **Vis** | **Datum** | **Vis** |
| **Fixe Medikation** Separater Medikamentenplan [ ]  ja [ ]  nein      |       |    |       |    |

| **Allgemeines Symptom-/Problemmanagement, inklusive nicht medikamentöse Massnahmen** |
| --- |
| **Massnahmen/Interventionen (auch nicht-medikamentöse), Reservemedikation inkl. Dosierung und Steigerungsstufen** | **Start** | **Stopp** |
|  | **Datum** | **Vis** | **Datum** | **Vis** |
| **Schmerzen** |       |       |    |       |    |
| **Atemnot/Übermässige Sekretproduktion** |       |       |    |       |    |
| **Ernährung/Flüssigkeitszufuhr**  |       |       |    |       |    |
| **Obstipation/Durchfall** |       |       |    |       |    |
| **Übelkeit/Erbrechen** |       |       |    |       |    |
| **Neurologische Probleme (Epilepsie, Hirndruck, Dystonie, Spastizität)** |       |       |    |       |    |
| **Unruhe/Angst/ Depression** |       |       |    |       |    |
| **Infektionen und Fieber** |       |       |    |       |    |
| **Blutung** |       |       |    |       |    |
| **Urinausscheidung** |       |       |    |       |    |
| **Schlaf/Fatigue** |       |       |    |       |    |
| **Hautveränderungen** |       |       |    |       |    |
| **Juckreiz** |       |       |    |       |    |
| **Andere Symptome** |       |       |    |       |    |
|  |       |       |    |       |    |
|  |       |       |    |       |    |
|  |       |       |    |       |    |
|  |       |       |    |       |    |
|  |       |       |    |       |    |
|  |       |       |    |       |    |

|  |
| --- |
| **Besondere Wünsche**  |
| **Kind:**      |
| **Familie:**      |

| **Betreuungsteam/–personen** | **Zuständig für** | **Erreichbarkeit****wann/wie** | **Notfallnummer****Mail-Adresse** | **Kopie** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Familie:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Fallführung:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Kinderarzt:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Spezialist/Facharzt/****Spezialist Palliative Care:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Bezugspflegende Pflegeberatung:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Sozialberatung:**       |       |       |       | [ ]  |
| **PsychologIn:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Ernährungsberatung/Still-beratung:**       |       |       |       | [ ]  |
| **PhysiotherapeutIn**:       |       |       |       | [ ]  |
| **Andere Therapeuten:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Seelsorge:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Apotheke/Homecare:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Freiwillige:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Andere:**       |       |       |       | [ ]  |
| **Andere:**       |       |       |       | [ ]  |

Wird der Betreuungsplan aktualisiert, erhalten alle Betreuungspersonen, welche in der fünften Spalte der obigen Tabelle angekreuzt sind, die aktuelle Version zugeschickt (per Post, Mail, Fax).

|  |
| --- |
| **Bemerkungen:**      |

**Anhänge:**