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