

Betreuungsplan

Personalien des Kindes		Plan Nr.	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♀
Name:	Geburtsdatum:	Betreuungsplan	
Vorname:		vom: ausgefüllt von:	
Diagnosen:		Gewicht:	kg
		vom:	
		Länge:	cm
		vom:	
Allergien/Unverträglichkeiten:			<input type="checkbox"/> nicht relevant
Akuter Notfall		Notfallmanagement / Handlungsempfehlung	
zu erwartende Symptomatik:		Stufenplan vorhanden	
I.		i.	
II.		ii.	
III.		iii.	
Notfallkontakte:			
Name:		Name:	
Tel. Nr.:		Tel. Nr.:	
Notfalldiagnostik:		Begründung	
ja <input type="checkbox"/> limitiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Antibiotika:			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Parenterale Ernährung:			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Patientenverfügung/ Patientenwille:		Ergänzende Anmerkung	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Behandlungsvereinbarung:			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Reanimationsstatus		Ergänzende Information zum Reanimationsstatus	
besprochen am:			
Gespräch geplant:			
CPR (Cardiopulmonale Reanimation)			
ja <input type="checkbox"/> limitiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Therapieoptionen	Ergänzende Informationen
Sauerstoff ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Absaugen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Manuelles Bebeuteln ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Verlegung auf IPS ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Nicht-invasive Beatmung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Intubation ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Katecholamine ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Kind/Eltern/Beistand sind informiert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Unterschrift: Institution/Eltern/Beistand Datum:

Besondere Wünsche

Kind:
Familie:

Kontakt Daten Familie

Adresse:	Mutter: Name: Tel. Nr.: e-mail:
	Vater: Name: Tel. Nr.: e-mail
	Andere Tel.:
	Religion:

Datum und Unterschrift

:



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ärztliche Verordnung Separater Plan vorhanden: Ja Nein	Arzt/Ärztin:	Unterschrift:	Datum:
--	---------------------	----------------------	---------------

Allgemeines Symptom-/Problemmanagement, inklusive nicht medikamentöse Massnahmen

Massnahmen/Interventionen (auch nicht-medikamentöse), Medikation inkl. Dosierung und Steigerungsstufen		Anwendung/Verabreichung (morgens, mittags, abends, bzw. Intervall)
Schmerzen		
Atemnot/Übermässige Sekretproduktion		
Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr		
Obstipation/Durchfall		
Übelkeit/Erbrechen		
Neurologische Probleme (Epilepsie, Hirndruck, Dystonie, Spastizität)		
Unruhe/Angst/ Depression		

Datum und Unterschrift :



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Allgemeines Symptom-/Problemmanagement, inklusive nicht medikamentöse Massnahmen		
Massnahmen/Interventionen (auch nicht-medikamentöse), Medikation inkl. Dosierung und Steigerungsstufen		Anwendung/Verabreichung (morgens, mittags, abends, bzw. Intervall)
Infektionen und Fieber		
Blutung		
Urinausscheidung		
Schlaf/Fatigue		
Hautveränderungen		
Juckreiz		
Andere Symptome:		

Datum und Unterschrift :



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Betreuungsteam/– personen	Zuständig für	Erreichbarkeit wann/wie	Telefonnummer Mail-Adresse	Notfall Info	Kopie
Familie:					
Fallführung:					
Kinder-, Hausarzt:					
Spezialist/Facharzt:					
Spezialist Palliative Care:					
Bezugspflegende Pflegeberatung:					
Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:					
Kinderspitex, Bezugspflegefachperson:					
Sozialberatung:					
PsychologIn:					
Ernährungsberatung/ Stillberatung:					
PhysiotherapeutIn:					
Andere Therapeuten:					
Seelsorge:					
Apotheke/Homecare:					
Freiwillige:					
Andere:					
Andere:					

Bei Notfällen werden die Betreuungspersonen mit \checkmark in der *fünften Spalte* alarmiert.

Bei Aktualisierung des Betreuungsplans erhalten alle Betreuungspersonen mit \checkmark in der *sechsten Spalte* die aktuelle Version (per Post, Mail, Fax).

Bemerkungen:

Anhänge:

Datum und Unterschrift

:

