

Betreuungsplan

Personalien des Kindes		Plan Nr.	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♀
Name:	Geburtsdatum:	Betreuungsplan Datum:	
Vorname:		Ersetzt Plan Nr./Datum: ausgefüllt von:	
Diagnosen		Gewicht: Vom:	
		Länge: Vom:	
Allergien/Unverträglichkeiten		<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Notfallmanagement			
zu erwartende Symptomatik		Stufenplan	
a.		a.	
b.		b.	
c.		c.	
d.		d.	
e.		e.	
Notfallkontakte (Name/Funktion/Priorität/Tel Nr.)			
1.			
2.			
3.			
Reanimationsstatus		Ergänzende Information zum Reanimationsstatus	
REA ja <input type="checkbox"/> differenziert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		(Wichtig bei differenziert/nein)	
Besprochen am:			
Therapieoptionen		Begründung/Anmerkungen	
Notfalldiagnostik ja <input type="checkbox"/> differenziert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Sauerstoff ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Antibiotika ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Absaugen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
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"/>			
Patientenverfügung/ Patientenwille		Anmerkung	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Behandlungsvereinbarung:			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			



Hier eigenes Logo einfügen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Plan Nr.:

Betreuungsplan besprochen am:
Unterschriften (soweit nötig): Arzt/ Ärztin/ Eltern/ Erziehungsberechtigte

Datum:

Adresse	Mutter Name: Tel. Nr.: E-Mail:
	Vater Name: Tel. Nr.: E-Mail:
	Andere Tel.:
	Religion:

Besondere Wünsche

Kind

Familie

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Plan Nr.:

Ärztliche Verordnung

Ja , siehe separater Mediplan / Verordnung (keine Unterschrift nötig)

Nein , dann Unterschrift Arzt/Ärztin. Name: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

**Allgemeines Symptom-/Problemmanagement
 Inklusive nicht-medikamentöse Massnahmen und Medikation, inkl. Steigerungsstufen**

Schmerzen	
Atemnot / Übermässige Sekretproduktion	
Ernährung / Flüssigkeitszufuhr	
Obstipation / Durchfall	
Übelkeit / Erbrechen	
Neurologische Probleme (Epilepsie, Hirndruck, Dystonie, Spastizität)	
Unruhe / Angst / Depression	
Infektionen / Fieber	
Blutung	
Urinausscheidung	
Schlaf / Fatigue	
Hautveränderungen	
Juckreiz	

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Plan Nr.:

Betreuungsteam/ -personen	Zuständig für	Erreichbarkeit wann/wie	Telefonnummer Mail-Adresse	Info bei Notfall- hospita- lisation	Erhält Kopie des Plans
Fallführung:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarzt/-ärztin:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezialist/ Facharzt/-ärztin:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezialist Palliative Care: Ärztlich:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerisch:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezugspflegende / Pflegerberatung:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspitex, Bezugspflegefachperson:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialberatung:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologin:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung/Still- beratung:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PhysiotherapeutIn:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Therapeuten:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule / Institution:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelsorge:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke/Homecare:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiwillige:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Anhänge: