

# Betreuungsplan

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

# Betreuungsplan

/ / Plan Nr.

Ärztliche Verordnung		Start		Stopp	
		Datum	Vis	Datum	Vis
<b>Fixe Medikation</b> Separater Medikamentenplan <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<b>Allgemeines Symptom-/Problemmanagement, inklusive nicht medikamentöse Massnahmen</b>					
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					



**Datum und Unterschrift Arzt:**

**Datum und Unterschrift Pflege:**

<b>Besondere Wünsche</b>				
Kind:				
Familie:				
Betreuungsteam/- personen	Zuständig für	Erreichbarkeit wann/wie	Notfallnummer Mail-Adresse	Kopie
Familie:				<input type="checkbox"/>
Fallführung:				<input type="checkbox"/>
Kinderarzt:				<input type="checkbox"/>
Spezialist/Facharzt/ Spezialist Palliative Care:				<input type="checkbox"/>
Bezugspflegende Pflegerberatung:				<input type="checkbox"/>
Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:				<input type="checkbox"/>
Sozialberatung:				<input type="checkbox"/>
PsychologIn:				<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung/Still- beratung:				<input type="checkbox"/>
PhysiotherapeutIn:				<input type="checkbox"/>
Andere Therapeuten:				<input type="checkbox"/>
Seelsorge:				<input type="checkbox"/>
Apotheke/Homecare:				<input type="checkbox"/>
Freiwillige:				<input type="checkbox"/>
Andere:				<input type="checkbox"/>
Andere:				<input type="checkbox"/>

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).

<b>Bemerkungen:</b>
---------------------

Anhänge:



**Datum und Unterschrift Arzt:**

**Datum und Unterschrift Pflege:**