Betreuungsplan

|  |
| --- |
| **Personalien des Kindes Plan Nr.** [ ]   [ ]   [ ]  C:\Users\i0300124\AppData\Local\Packages\Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe\TempState\Downloads\kisspng-gender-symbol-transgender-hermaphrodite-intersex-symbols-5ac2c543e2e6c6.6902145315227139239294 (1).png |
| Name:  | Geburtsdatum:  | Betreuungsplan Datum:Ersetzt Plan Nr./Datum: ausgefüllt von:  |
| Vorname:  |
| **Diagnosen**      | **Gewicht:**      Vom:       |
| **Länge:**      Vom:       |
| **Allergien/Unverträglichkeiten** [ ]  **nicht relevant**      |

|  |
| --- |
| **Notfallmanagement** |
| zu erwartende Symptomatik1.
2.
3.
4.
5.
 | Stufenplan1.
2.
3.
4.
5.
 |
| **Notfallkontakte (Name/Funktion/Priorität/Tel Nr.)**1.
2.
3.
 |
| **Reanimationsstatus****REA** ja [ ]  differenziert [ ]  nein [ ] Besprochen am:       | **Ergänzende Information zum Reanimationsstatus**(Wichtig bei differenziert/nein)      |
| **Therapieoptionen**Notfalldiagnostik ja [ ]  differenziert [ ]  nein [ ] Sauerstoff ja [ ]  nein [ ] Antibiotika ja [ ]  nein [ ] Absaugen ja [ ]  nein [ ] Bebeuteln ja [ ]  nein [ ] Verlegung auf IPS ja [ ]  nein [ ] Nicht-invasive Beatmung ja [ ]  nein [ ] Intubation ja [ ]  nein [ ] Katecholamine ja [ ]  nein [ ]  | **Begründung/Anmerkungen**      |
| **Patientenverfügung/ Patientenwille**ja [ ]  nein [ ] Behandlungsvereinbarung:ja [ ]  nein [ ]  | **Anmerkung**      |
| 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**      |

|  |
| --- |
| **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 |       |
|       |       |
|  |       |
|  |       |

| **Betreuungsteam/-personen** | **Zuständig für** | **Erreichbarkeit****wann/wie** | **Telefonnummer****Mail-Adresse** | **Info bei** **Notfallhospitalisation** | **Erhält Kopie des Plans** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fallführung:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Kinderarzt/-ärztin:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Spezialist/ Facharzt/-ärztin:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Spezialist Palliative Care:**Ärztlich:     Pflegerisch:       |            |            |            | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |
| **Bezugspflegende / Pflegeberatung:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Kinderspitex, zuständige Einsatzleitung:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Kinderspitex, Bezugspflegefachperson:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Sozialberatung:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **PsychologIn:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Ernährungsberatung/Still-beratung:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **PhysiotherapeutIn:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Andere Therapeuten:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Schule / Institution:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Seelsorge:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Apotheke/Homecare:**      |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
| **Freiwillige:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
|      **:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |
|      **:**       |       |       |       | [ ]  | [ ]  |

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

**Anhänge:**