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 Symptomatik | | Stufenplan |
| **Notfallkontakte (Name/Funktion/Priorität/Tel Nr.)** | | |
| **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:**