

Gesundheitliche Vorausplanung



Reservemedikation (leeres Formular)

Anhang zum Behandlungsplan vom _____ (Datum)

Patientin/Patient, Geburtsdatum, Adresse				
<p>Bestehende Medikation mit Opioiden: _____</p> <p>Bei bestehender Medikation mit Opioiden muss immer eine angepasste Opioidreserve i.d.R. 10-15% der Tages-Grunddosis verordnet sein. Weitere relevante Informationen sollen ergänzt werden: z.B. Datum der Anpassung.</p>				
Schmerzen				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				
Atemnot				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				
Angst/Unruhe				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				
Übelkeit/Erbrechen				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				
Obstipation				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag

Rasselatmung				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				
Fieber				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				
Juckreiz				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				
Besondere Situationen (z.B. Blutung, Epi-Anfall): _____				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				
Besondere Situationen (z.B. Blutung, Epi-Anfall): _____				
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: <input type="checkbox"/> _____				

Institution, Name, Vorname Ärztin/Arzt:

 Ort, Datum, Unterschrift:

Stempel Ärztin, Arzt / Institution
--

Name Patientin/Patient _____