Gesundheitliche Vorausplanung adullam Spitaler Spit



















Reservemedikation (leeres Formular)

Anhang zum Behandlungsplan vom _____ (Datum)

Patientin/Patient, Geburtsdatum, Adresse							
Bestehende Medikation Bei bestehender Medika der Tages-Grunddosis v z.B. Datum der Anpassu	ntion mit Opioiden mus rerordnet sein. Weitere						
Schmerzen							
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag			
Nicht-medikamentöse Massnahmen:							
Atemnot							
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag			
- Wednament	, ippilitationorom	Deciciang	intervali	Maxi Boolo pro rag			
Nicht-medikamentöse Massnahmen:							
Angst/Unruhe							
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag			
Nicht-medikamentöse Massnahmen:							
Übelkeit/Erbrechen							
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag			
Nicht madilione at 2 a A	 						
Nicht-medikamentöse M	lassnanmen: 						
Obstipation							
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag			

Gesundheitliche Vorausplanung

Rasselatmung					
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag	
Nicht-medikamentöse M	lassnahmen:	l	<u> </u>	l	
Fieber					
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag	
Wountamont	приманеногоги	Boolorang	intorvan	Wax. Boolo pro rag	
NP determined					
Nicht-medikamentöse M	iassnanmen: 				
Juckreiz					
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag	
Nicht-medikamentöse M	lassnahmen:	L	I		
Besondere Situationer	n (z.B. Blutung, Epi-	Anfall):			
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag	
Modification	7.pp	Decierang	into run	max Book pro rag	
Nicht-medikamentöse M	lasenahman:				
	iassiiaiiiileii.				
Besondere Situationer	o /z B. Blutung Eni-	Anfall):			
Medikament	Applikationsform	Dosierung	Intervall	Max. Dosis pro Tag	
Wedikament	Applikationsionii	Dosierung	Intervali	Iviax. Dosis pro Tag	
Nicht-medikamentöse M					
Institution, Name, Vorname Ärztin/Arzt:			Stempel Ärztin Arzt	Stempel Ärztin, Arzt / Institution	
mondadi, Name, vomanie Alzun/Alzu.			StemperArzum, Arzur insutution		
Ort, Datum, Unterschrift					
on, Datain, Ontoisoillit					
			-		

Name Patientin/Patient _____

Version Oktober 2023 Seite 2 von 2