

Gesundheitliche Vorausplanung



Reservemedikation (leeres Formular) vom _____ (Datum)

Angaben Patientin/Patient			
Name/Geburtsdatum			
Adresse			
Wichtige Info:			
Bestehende Medikation mit Opioiden: 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.			
Schmerzen			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: ☐			
Fieber			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: ☐			
Atemnot			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: ☐			
Angst			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag
Nicht-medikamentöse Massnahmen: ☐			

Unruhe			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag

Nicht-medikamentöse Massnahmen:
☐ _____

Übelkeit/Erbrechen			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag

Nicht-medikamentöse Massnahmen:
☐ _____

Verstopfung			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag

Nicht-medikamentöse Massnahmen:
☐ _____

Symptom/Situation*: _____			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag

Nicht-medikamentöse Massnahmen
☐ _____

Symptom/Situation*: _____			
Medikament	Dosierung & Art der Einnahme	Wiederholbar nach	Max. Gaben pro Tag

Nicht-medikamentöse Massnahmen:
☐ _____

*z.B. Fieber, Juckreiz, Blutung, epileptischer Anfall

Institution, Name, Vorname Ärztin/Arzt:

Ort, Datum, Unterschrift:

Stempel Ärztin, Arzt / Institution

Name Patientin/Patient, Geb. Datum