|  |  |
| --- | --- |
| **BETREUUNGSPLAN GLARNERLAND**  |  |
|  |
| *Alle Personen, welche Einsicht in diesen Betreuungsplan haben, unterliegen der Schweigepflicht.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONALIEN** |  |
| **Name, Vorname** |       |
| **Geburtsdatum** |       |
| **Adresse, PLZ/Ort** |       |
| **Telefon / Mobile** |       |       |
| **Mail** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **SYMPTOM-MANAGEMENT (Hauptdiagnosen/-anliegen)** | **S** |
| **Diagnose** |       |
| **wichtige Nebendiagnosen** |       |
| **Allergien / Unverträglichkeiten** |       |
| **Symptome** |       |
| **Ist die Behandlung der Symptome****aktuell zielführend?** |       |
| **Mit welchen Symptomen ist im** **weiteren Verlauf zu rechnen?** |       |
| **Weiteres Vorgehen****(geplante Therapien, etc.)** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **erstellt am / von / Unterschrift** |       |
| **geändert am / von / Unterschrift** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTSCHEIDUNGSFINDUNG** | **E** |
| **Krankheitsverständnis vorhanden** | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  teilweise |
|       |
| **Hauptanliegen / Wünsche des Betroffenen und der Angehörigen**  |       |
| **Sterbehilfeorganisation** | [ ]  ja |  | [ ]  nein |
| **Entscheid bei Urteilsfähigkeit**(bei fehlender Urteilsfähigkeit kommt - falls vorhanden - die Patientenverfügung zum Tragen) | [ ]  reine palliative Symptombehandlung  |
| [ ]  kausale Therapie  (Ursachenabklärung, Spitaleinweisung)  |
| [ ]  situative Entscheidung im Notfall Tendenz Reanimation: [ ]  ja / [ ]  nein  |
| **fehlende Urteilsfähigkeit** |  |
| **Stellvertretung** (Kontaktdaten) | **1.**       |
|  | **2.**       |
| **Beistand** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **wenn ja, Kontaktdaten** |  |
| **Patientenverfügung** | [ ]  ja | Version vom:       | [ ]  nein |
|  | Hinterlegungsort:       |  |
| **Vorsorgeauftrag** | [ ]  ja | Version vom:       | [ ]  nein |
|  | Hinterlegungsort:       |  |
| **weitere Notizen** |  |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **erstellt am / von / Unterschrift** |       |
| **geändert am / von / Unterschrift** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **NETZWERK (Kontakte)** | **N** |
| **Informelles Netzwerk** (Angehörige / Bezugspersonen) |
| **Funktion** | **Name / Kontaktdaten / Erreichbarkeit** | **Bemerkungen** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **Professionelles Netzwerk** (Ärzte / Therapiestellen / Sozial-, Entlastungs- und Pflegedienste / Freiwillige / Seelsorge) |
| **Funktion** | **Name / Kontaktdaten / Erreichbarkeit** | **Bemerkungen** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **weitere Notizen** |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **erstellt am / von / Unterschrift** |       |
| **geändert am / von / Unterschrift** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **SUPPORT** | **S** |
| **Medizinischer Support / Beratung Symptome für Betroffene, Angehörige, Fachpersonen** |
| **Problemsituation** | **Name / Telefon / Erreichbarkeit** | **Massnahmen** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **Sozialer Support / Koordination für Betroffene, Angehörige, Fachpersonen**(Ausfall Betreuungspersonen, soziale und finanzielle Fragen, etc.) |
| **Problemsituation** | **Name / Telefon / Erreichbarkeit** | **Massnahmen** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **weitere Notizen** |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **erstellt am / von / Unterschrift** |       |
| **geändert am / von / Unterschrift** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **LEBENSENDE (end of life)** |  |
| **relevant zum jetzigen Zeitpunkt** | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
|  |
| **Wünsche / Unerledigtes** |       |
| **Support Angehörige gewünscht** | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| **Benachrichtigung bei Todesfall** |
| **Name** | **Telefon** | **Zeitpunkt**  |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **weitere Notizen** |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **erstellt am / von / Unterschrift** |       |
| **geändert am / von / Unterschrift** |       |