|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |