

Behandlungsplan für mögliche Symptome

(ist individuell festzulegen)

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
-----------------------	--	----------------------	--

Indikation	Medikament Verabreichungsform	Dosis in mg Verabreichungsweg	maximale Tagesdosis zeitlicher Abstand	Pflegerische Maßnahmen
Δ Schmerzen				
Δ Atemnot				
Δ Unruhe/Angst				
Δ Delir				
Δ Übelkeit/Erbrechen				
Δ Rasselatmung				
Δ Andere Krampfanzfall,				

Tel: Hausärztin/Hausarzt		PKD Arzt	Rufnummer für palliative Akutsituationen
---------------------------------	--	-----------------	---

Tel: Vertretungsarzt		PKD Kordinatorin	Montag-Freitag 8:00 - 16:00
-----------------------------	--	-----------------------------	------------------------------------

Pflegedienst		Ärztlicher Notdienst	116117
---------------------	--	-----------------------------	---------------

Datum Unterschrift Arzt/Ärztin	
---------------------------------------	--