

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 z.B. Fieber, Krampfanfall, Blutung				

Tel: Hausärztin/Hausarzt		PKD Palliativarzt 24 Std. erreichbar
---------------------------------	--	---

Tel: Vertretungsarzt		PKD Kordinatorin
-----------------------------	--	-----------------------------

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

Datum Unterschrift Arzt/Ärztin
