

# MASSNAHMENPLAN FÜR KRISENHAFTE SITUATIONEN

(S. AUCH: „BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR KRISEN UND SYMPTOME AM LEBENSENDE“) \*

**NAME**

**GEBURTSDATUM**

**INDIKATION**

**MEDIKAMENT UND VERABREICHUNGSFORM/MASSNAHME**

**DOSIS IN MG/VERABREICHUNGSWEG**

**MAX. TAGESDOSIS/ZEITL. ABSTAND  
ZWISCHEN EINZELGABEN**





**PLAN ERSTELLT VON:**

Unterschrift Arzt/Ärztin ..... Datum: .....

**Hotline der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft:  
0810 969 878**

**HAUSARZT/HAUSÄRZTIN:**

Name:

Telefonnummer:

**HAUSARZTVERTRETUNG:**

Name:

Telefonnummer: