

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: