

Formular Schnellschussprophylaxe

Fakten, nicht Meinungen

Bewohner/Bewohnerin: _____ **Datum:** _____

Aktuelle Situation: _____

Gefahr in Verzug?

Ja: _____

Nein: _____

Gewünschte Veränderung / Vorschlag: _____

Wurde Thema medizinisch abgeklärt, Hausarzt, -ärztin, FA für Psychiatrie, etc. konsultiert?

Ja: _____

Nein: _____

Wie verhält sich die Situation aus der Sicht der Kollegen/Kolleginnen? Bitte um Einholung von mindestens drei weiteren Darstellungen (ND, TD, PDL, HL, etc.)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Sonstige Anmerkungen / pflegerische oder medizinische Relevanz:

Datum & Unterschrift Mitarbeiter

Datum & Unterschrift Stationsleitung