

Überweisungsrapport

ACHTUNG: Der Überweisungsrapport ist ein internes Arbeitsinstrument, welches unter Verschluss gehalten wird. Das Personal ist grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet und untersteht dem Berufsgeheimnis!

Für Spital / Pflegeheim / Spitalexterne Dienste

Absender/in

Hospitalisiert/betreut vom bis

Zuständige Bezugsperson:

Telefon:

Erreichbarkeit:

Zuständiger Arzt:

Patient/in (Personalien und Angaben zur sozialen Situation)

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Zivilstand:

Konfession:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Beruf:

Kostenträger:

Krankenkasse:

Angehörige/Bezugspersonen

Name:

Adresse:

Tel.-Nr. P.:

G.:

Beziehungsgrad:

Empfänger/in

FAX Nummer:

Patient/in ist beim Empfänger bereits bekannt ja, nein, ?

zuständige Bezugsperson:

Telefon:

Erreichbarkeit:

Zuständiger Arzt:

Wohnsituation seit

Wohnung Zimmer

Haus Schlüssel bei

Alterssiedlung Haustier:

Altersheim

Treppen ja nein Etage

Lift ja nein

lebt allein ja nein

Andere:

Name:

Adresse:

Tel.-Nr. P.:

G.:

Beziehungsgrad:

Aktuelles Problem

Diagnose/n

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Code	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig	Code	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
<u>1 sich waschen und kleiden</u>				<u>5 atmen</u>			
- an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unauffällig			<input type="checkbox"/>
- Körperpflege: waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot			<input type="checkbox"/>
- Körperpflege: baden/duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auswurf			<input type="checkbox"/>
- Zahn- und Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Spezielle Pflege				Spezielles:			
- Dekubituspflege	<input type="checkbox"/>			Hilfsmittel:			
- Injektionen	<input type="checkbox"/>						
- Verbände	<input type="checkbox"/>			<u>6 kommunizieren</u>			
- Infusionen	<input type="checkbox"/>			- sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>			- sich nonverbal ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel:				- hören, verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				- sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>2 Ernährung</u>				Spezielles:			
- essen einnehmen, kauen, schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel: Hörapparat			
- genügend trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>		
Spezielles:							
- Diät				<u>7 Schlafen und ruhen</u>			
Hilfsmittel: Zahnprothesen				- Einschlaf- und Schlafgewohnheiten pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				- Schlafhilfen benützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>3 ausscheiden</u>				Hilfsmittel:			
- Urin ausscheiden (Tag/Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- Verdauen, Stuhl ausscheiden (Tag/Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>8 Wohnen, Haushalten</u>			
- Hilfsmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Der Bedarf wird in der Regel			
Spezielles:				durch die Spitex-Dienste erhoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>			Spezielles:			
- Urostomie/Colostomie	<input type="checkbox"/>						
- Urinzuckerbestimmung	<input type="checkbox"/>			<u>9 Stimmungslage/Orientierung/ seelisches Befinden</u>			
Hilfsmittel:				Spezielles:			
<u>4 sich bewegen</u>							
- aufstehen/hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- stehen/gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- hinlegen/aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- benötigte Hilfsmittel einsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Spezielles:							
Hilfsmittel:							

Massnahmen der Hilfe und Pflege

ATL Code	Probleme, Ressourcen, Zielsetzung	Massnahmen

Bemerkungen (Soziale Situation, Biografie, Verlauf, spezielle Gewohnheiten usw.)

Medikamentöse Therapie

Medikamente	Einnahme				Dosierung	mo	mi	ab	na
		selbständig	teilw.selbständig	unselbständig					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reservemedikation:									
Antikoagulation:					Quickwert vom:				

Blutdruck:
Allergien:

Puls:

Temperatur:

Gewicht:

Organisation Spitin ↔ Spitex

	Ist organisiert	wäre empfehlenswert
Gemeindekrankenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige und Nachbarn etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Beratung/Finanzielle Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeitendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Physiotherapie/ <input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erholungs- und Kuraufenthalt/ <input type="checkbox"/> Rehab.Klinik	<input type="checkbox"/> Wo: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik	<input type="checkbox"/> Wo: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Welche: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmeldung Pflege-/Altersheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/> Was: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Spitex-Verordnung, Rezept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles Pflegematerial/Medikamente (3Tage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtige Termine

Koordinationsgespräch (z.B. Familiengespräch) hat stattgefunden am:

Beteiligte Personen/Dienste:

Spezielle Fragen, Anliegen Spitin ↔ Spitex:

Die Austrittsplanung wurde mit der betroffenen Person, dem zuständigen Arzt, der zuständigen Ärztin und/oder den Angehörigen/Bezugspersonen besprochen. Der Hausarzt, die Hausärztin und die Spitex-Dienste sind informiert.

Datum:

Unterschrift:

Original: Der/dem PatientIn unterschrieben mitgeben

Kopie: Ablegen in Krankengeschichte/-Dossier