

Überweisungsrapport

Für Spital / Pflegeheim / Spitalexterne Dienste

ACHTUNG: Der Überweisungsrapport ist ein internes Arbeitsinstrument, welches unter Verschluss gehalten wird.

Das Personal ist grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet und untersteht dem Berufsgeheimnis!

Absender/in (Wohn- & Pflegeheim Sonnmatt, 8217 Wilchingen)

hospitalisiert/betreut von _____ bis _____

zuständig Bezugsperson _____

Telefon _____

Erreichbarkeit _____

Zuständiger Arzt _____

Patient/in (Personalien und Angaben zur sozialen Situation)

(Bereits vorhandene Personalien können hier angeheftet werden)

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Zivilstand _____ Konfession _____

Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Beruf _____

Kostenträger: Krankenkasse _____

andere _____

Empfänger/in

Patient/in beim Empfänger bereits bekannt ja nein ?

zuständig Bezugsperson _____

Telefon _____

Erreichbarkeit _____

Zuständiger Arzt _____

Angehörige/Bezugspersonen

1. Angehörige /Bezugsperson

Name _____

Adresse _____

Tel.-Nr. P _____ G _____

Beziehungsgrad _____

2. Angehörige/Bezugsperson

Name _____

Adresse _____

Tel.-Nr. P _____ G _____

Beziehungsgrad _____

Aktuelles Problem _____

Diagnose/n _____

Aktuelle Hilfe und Pflegesituation/Unterstützungsbedarf

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Code	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig	Code	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
1 sich waschen und kleiden				5 atmen			
- 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"/>	Spezielles: _____			
Spezielle Pflege				_____			
- Dekubituspflege	<input type="checkbox"/>			Hilfsmittel: _____			
- Injektionen	<input type="checkbox"/>			_____			
- Verbände	<input type="checkbox"/>						
- Infusionen	<input type="checkbox"/>						
- _____	<input type="checkbox"/>						
Hilfsmittel: _____							

2 Ernährung				6 kommunizieren			
- essen einnehmen, kauen, schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- genügend trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- sich nonverbal ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles:				- hören, verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diät: _____				- sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Spezielles: _____			
Hilfsmittel: _____				_____			
Zahnprothesen _____				Hilfsmittel: Hörapparat <input type="checkbox"/>			
_____				Brille <input type="checkbox"/>			
3 ausscheiden				7 Wohnen, Haushalten			
- Urin ausscheiden (Tag/Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Der Bedarf wird in der Regel durch die Spitex-Dienste erhoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verdauen, Stuhl ausscheiden (Tag/Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spezielles: _____			
- Hilfsmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Spezielles:							
- Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>						
- Urostomie / Colostomie	<input type="checkbox"/>			8 Stimmungslage/Orientierung/ seelisches Befinden			
- Urinzuckerbestimmung	<input type="checkbox"/>			Spezielles: _____			
Hilfsmittel: _____				_____			
_____				_____			
4 sich bewegen							
- 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"/>	_____			
- benötigte Hilfsmittel einsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Spezielles: _____				_____			
Hilfsmittel: _____				_____			

Massnahmen der Hilfe und Pflege

ATL Code	Probleme, Ressourcen/Zielsetzung	<u>Massnahmen</u>

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

Medikamentöse Therapie

selbständig
 Teilw. selbst.
 unselbständig

Medikamente	Einnahme			Dosierung	mo	mi	ab	na
Reservemedikation	Einnahme			Dosierung				
Antikoagulation mit:				Quickwert vom:				

Blutdruck: _____ Puls: _____ Temperatur: _____ Gewicht: _____

Allergien: _____

Datum _____ Name, Funktion _____

Unterschrift _____

Original: an nachfolgende Institution

Kopie: Ablegen in Krankengeschichte/-Dossier