# 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 / Spitalexternen Dienste

Für Spital / Pflegeheim / Spitalexterne Dienste

**Absender/in** **Empfänger/in**

      FAX Nummer:

Hospitalisiert/betreut vom       bis       Patient/in ist beim Empfänger bereits bekannt **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ] **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ] [ ]  ja, [x] **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ]  nein, [ ]  ?

Zuständige Bezugsperson:       zuständige Bezugsperson:

Telefon:       Telefon:

Erreichbarkeit:       Erreichbarkeit:

Zuständiger Arzt:       Zuständiger Arzt:

### Patient/in (Personalien und Angaben zur sozialen Situation) Wohnsituation seit

**Name**:       **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ] [ ]  Wohnung [ ]  Zimmer

**Vorname:**       [ ]  Haus Schlüssel bei

**Geb.-Datum:**       **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ] [ ]  Alterssiedlung **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ] [ ]  Haustier:

**Zivilstand**:       **Konfession:**       **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ] [ ]  Altersheim

**Adresse:**       Treppen [ ] **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ]  ja [ ] **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ]  nein [ ]  Etage

       Lift [ ] **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ]  ja [ ] **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ]  nein

**Tel.-Nr.:**       lebt allein [ ] **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ]  ja [ ] **Fehler! Textmarke nicht definiert.**[ ]  nein

**Beruf:**

**Kostenträger:**
Krankenkasse:       Andere:

#### Angehörige/Bezugspersonen

**Name:**       **Name:**

**Adresse:**       **Adresse:**

**Tel.-Nr.** **P.:**       **G.:**       **Tel.-Nr. P.:**       **G.:**

**Beziehungsgrad:**       **Beziehungsgrad:**

### Aktuelles Problem

###

### Diagnose/n

###      Aktuelle Hilfe- und Pflegesituation/Unterstützungsbedarf

**Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)**

Code **** Code ****

**1 sich waschen und kleiden 5 atmen**

- an- und ausziehen [ ]  [ ]  [ ]  unauffällig [ ]

- Körperpflege: waschen [ ]  [ ]  [ ]  Atemnot [ ]

- Körperpflege: baden/duschen [ ]  [ ]  [ ]  Auswurf [ ]

- Zahn- und Mundpflege [ ]  [ ]  [ ]

 **Spezielles:**

Spezielle Pflege

- Dekubituspflege [ ]  **Hilfsmittel:**

- Injektionen [ ]

- Verbände [ ]

- Infusionen [ ]

-       [ ]  **6 kommunizieren**

**Hilfsmittel:**      -sprechen [ ]  [ ]  [ ]

      - sich nonverbal ausdrücken [ ]  [ ]  [ ]  - hören, verstehen [ ]  [ ]  [ ]  - sehen **[ ]** **[ ]** **[ ]**

 **Spezielles:**

**2 Ernährung**

- essen einnehmen, kauen, schlucken [ ]  [ ]  [ ]  **Hilfsmittel:** Hörapparat [ ]

- genügend trinken**[ ]** **[ ]** **[ ]** Brille[ ]

**Spezielles:**

- Diät

      **7 Schlafen und ruhen**

**Hilfsmittel:** Zahnprothesen       - Einschlaf- und Schlafgewohnheiten pflegen [ ]  [ ]  [ ]       - Schlafhilfen benützen [ ]  [ ]  [ ]

**3 ausscheiden Hilfsmittel:**

- Urin ausscheiden (Tag/Nacht) [ ]  [ ]  [ ]

- Verdauen, Stuhl ausscheiden (Tag/Nacht) [ ]  [ ]  [ ]  **8 Wohnen, Haushalten**

- Hilfsmittel benutzen [ ]  [ ]  [ ]

 Der Bedarf wird in der Regel

Spezielles:durch die Spitex-Dienste erhoben [ ]  [ ]  [ ]

- Dauerkatheter [ ]

- Urostomie/Colostomie [ ]  **Spezielles:**

- Urinzuckerbestimmung [ ]

**Hilfsmittel:**

 **9 Stimmungslage/Orientierung/**

**4 sich bewegen** **seelisches Befinden**

- aufstehen/hinsetzen [ ]  [ ]  [ ]  **Spezielles:**

- stehen/gehen [ ]  [ ]  [ ]

- Treppensteigen [ ]  [ ]  [ ]

- hinlegen/aufstehen [ ]  [ ]  [ ]

- benötigte Hilfsmittel einsetzen [ ]  [ ]  [ ]

**Spezielles:**

**Hilfsmittel:**

Massnahmen der Hilfe und Pflege

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATL Code** | **Probleme, Resscourcen, Zielsetzung** |  **Massnahmen** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

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

**Medikamtentöse Therapie**

****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamente Einnahme** |  |  |  | **Dosierung** | **mo** | **mi** | **ab** | **na** |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Reservemedikation:       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antikoagulation:       |  |  |  | Quickwert vom:       |  |  |  |  |

**Blutdruck:**       **Puls:**       **Temperatur:**       **Gewicht:**

**Allergien:**

**Organisation Spitin ↔ Spitex**

 Ist organisiert wäre empfehlenswert

Gemeindekrankenpflege [ ]        [ ]

Hauspflege [ ]        [ ]

Haushilfe [ ]        [ ]

Angehörige und Nachbarn etc. [ ]        [ ]

Soziale Beratung/Finanzielle Beratung [ ]        [ ]

Mahlzeitendienst [ ]        [ ]

[ ]  Physiotherapie/[ ]  Ergotherapie [ ]        [ ]

[ ]  Erholungs- und Kuraufenthalt/[ ]  Rehab.Klinik [ ]  Wo:       Dauer:       [ ]

Tagesklinik [ ]  Wo:       [ ]

Hilfsmittel [ ]  Welche:       [ ]

Anmeldung Pflege-/Altersheim [ ]        [ ]

Anderes [ ]  Was:       [ ]

Ärztliche Spitex-Verordnung, Rezept [ ]

Spezielles Pflegematerial/Medikamente (3Tage) [ ]

**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