# 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, **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 trinkenBrille

**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