

# Überweisungsrapport

## Administratives

### Personalien

Name .....

Vorname .....

Geb.-Datum .....

Zivilstand ..... Konfession .....

Adresse .....

Tel.-Nr. ....

Beruf .....

### Angehörige / Bezugspersonen

Name .....

Adresse .....

Tel.-Nr. P ..... N .....

Beziehungsgrad .....

.....

Name .....

Adresse .....

Tel.-Nr. P ..... N .....

Beziehungsgrad .....

.....

### Kostenträger

Krankenkasse .....

Mitgl.-Nr. ....

Andere .....

AHV-Nr. ....

### Hausarzt

Name .....

Hospitalisiert von ..... bis .....

Med. Diagnose(n) .....

Nebendiagnose(n) .....

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten .....

Lebenssituation (Angaben zur Biographie, familiären und sozialen Situation)

.....

.....

.....

.....

.....

### Wohnsituation

Alters- und Pflegeheim     Haus     Wohnung     Treppen     Lift     .....

**Pflege**

**Zusammenfassung:** (Pflegeschwerpunkte, Krankheitserleben)

.....

.....

.....

ATL Beschreibung des Pflegebedarfs erforderlich, ausser bei Wert 4 (selbstständig) 1 = unselbstständig; 2 = umfangreiche Unterstützung; 3 = leichte Unterstützung; 4 = selbstständig	Pflegebedarf			
	1	2	3	4
<b>Sich bewegen</b> <input type="checkbox"/> erhöhtes Sturzrisiko      Hilfsmittel:..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sich waschen und kleiden</b> ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Essen und Trinken</b> Kost:..... <input type="checkbox"/> Sonde: ..... <input type="checkbox"/> Mangelernährungsrisiko      Zahnprothese: ..... <input type="checkbox"/> Sondenkost (s. Verordnung) Hilfsmittel: ..... <input type="checkbox"/> Letzter VW:..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ausscheiden</b> Letzter Stuhlgang: ..... <input type="checkbox"/> Ableitungssystem: ..... <input type="checkbox"/> Letzter Wechsel: ..... <input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunizieren</b> Sprache: ..... <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörapparat ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Atmen</b> Hilfsmittel:..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Sicherheit sorgen</b> <input type="checkbox"/> Dekubitusrisiko:..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Temperatur regulieren</b> ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wach sein und schlafen</b> ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sich beschäftigen</b> ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sinn finden</b> ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frau, Mann sein</b> ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hygiene**

Besondere Hygienemassnahmen sind erforderlich (in Rücksprache mit Hygienefachteam)

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....

**Verbände**

OP Naht     .....     Letzter VW .....     siehe Wunddokumentation

Bemerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Wichtige Anliegen**

**der betroffenen Person**

Patientenverfügung vorhanden

.....  
.....

**der Angehörigen / Bezugspersonen**

.....  
.....

**aus Sicht des Pflegefachpersonals**

.....  
.....

**Aktuelle Werte**

Gewicht: :..... kg Grösse .....m BD:..... mmHg Puls:..... / Min Temperatur.....C°

**Weitere Bemerkungen**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Mitgegeben:**

**Dokumente**

- Arztbrief
- Verordnung .....
- Rezept .....
- Medikamentenkarte
- Antikoagulationsausweis
- Diabetesheft
- Wunddokumentation (Kopie)
- .....
- .....

**Materialien**

- eigene Medikamente
- Medikamente für ..... Tage
- Pflegematerial für ..... Tage
- .....
- .....

**Medikamente**

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

**Wichtige Termine mit Namen, Ort, Datum und Zeit**

- |                                               |                                                   |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt .....       | <input type="checkbox"/> ist noch zu organisieren |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie ..... | <input type="checkbox"/> ist noch zu organisieren |
| <input type="checkbox"/> Stomaberatung .....  | <input type="checkbox"/> ist noch zu organisieren |
| <input type="checkbox"/> Kontrolltermin ..... | <input type="checkbox"/> ist noch zu organisieren |
| <input type="checkbox"/> .....                | <input type="checkbox"/> ist noch zu organisieren |
| <input type="checkbox"/> .....                | <input type="checkbox"/> ist noch zu organisieren |

**Involvierte Dienste mit Namen und Telefonnummer der Kontaktpersonen**

- |                                                 |               |
|-------------------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Spitex .....           | Tel.-Nr. .... |
| <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe .....   | Tel.-Nr. .... |
| <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst ..... | Tel.-Nr. .... |
| <input type="checkbox"/> Notrufsystem .....     | Tel.-Nr. .... |
| <input type="checkbox"/> .....                  | Tel.-Nr. .... |
| <input type="checkbox"/> .....                  | Tel.-Nr. .... |

Das Austrittsgespräch mit der betroffenen Person beziehungsweise mit den Angehörigen / Bezugspersonen fand statt.

Freundliche Grüsse

Datum: ..... Name: ..... Unterschrift: .....