

# Überweisungsrapport

Für Spital / Pflegeheim / Spitalexterne Dienste

## Absender:

hospitalisiert / betreut von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
zuständige Pflegeperson \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Erreichbarkeit \_\_\_\_\_  
zuständiger Arzt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Kostenträger: Krankenkasse \_\_\_\_\_  
andere \_\_\_\_\_

## Angehörige / Bezugspersonen

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_  
Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

## Empfänger:

Krankenheim Bächli  
Pflegedienstleitung  
Im Bächli 1  
8303 Bassersdorf

zuständige Pflegeperson \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Erreichbarkeit \_\_\_\_\_  
zuständiger Arzt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Wohnsituation seit \_\_\_\_\_

Wohnung \_\_\_\_\_ Zimmer \_\_\_\_\_ Schlüssel bei \_\_\_\_\_  
Haus \_\_\_\_\_  
Alterssiedlung \_\_\_\_\_ Haustier \_\_\_\_\_  
Altersheim \_\_\_\_\_  
Treppen ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ Etage \_\_\_\_\_  
Lift ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
lebt allein ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Eingesetzte Dienste mit Namen und Telefonnummer der Kontaktpersonen

| Spitalintern         | Spitalextern                |                                       |
|----------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Sozialdienst _____   | Gemeindekrankenpflege _____ | Ergotherapie _____                    |
| Physiotherapie _____ | Hauspflege _____            | Physiotherapie _____                  |
| Ergotherapie _____   | Haushilfe _____             | Tagesklinik _____                     |
| Logopädie _____      | Mahlzeitendienst _____      | Sozialarbeiter / Gemeindefelder _____ |
| _____                | Notrufsystem _____          | _____                                 |

Diagnose(n) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patient ist informiert \_\_\_\_\_

Aktuelles Problem \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Pflegediagnose

unabhängig  
teilw. abhängig  
abhängig

unabhängig  
teilw. abhängig  
abhängig

## Aktivitäten des täglichen Lebens

### 1 sich sauberhalten / bekleiden

- sich waschen
- sich ankleiden
- baden
- duschen

Spez. Pflege \_\_\_\_\_ ja nein

- Dekubituspflege
- Injektionen
- Verbände
- Infusionen

- \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2 Essen und Trinken

- essen
- trinken

Spez. Pflege \_\_\_\_\_  
- Diät \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hilfsmittel: Zahnprothesen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3 ausscheiden

- Urin ausscheiden
- Stuhl ausscheiden

kontinent inkontinent

Urin Urin

Stuhl Stuhl

Spez. Pflege \_\_\_\_\_  
- Dauerkatheter \_\_\_\_\_  
- Urostomie / Colostomie \_\_\_\_\_  
- Blasenspülung \_\_\_\_\_  
- Urinzuckerbestimmung \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4 sich bewegen

- aufstehen / absitzen
- gehen
- Treppensteigen
- abliegen / aufstehen

Spez. Pflege \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5 atmen

- unauffällig
- Atemnot
- Auswurf

Spez. Pflege \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6 kommunizieren

- sehen
- hören
- sprechen

Spez. Pflege \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hilfsmittel: Hörapparat \_\_\_\_\_  
Brille \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7 ruhen / schlafen

- Schlaf-Wach-Rhythmus
- unauffällig
- gestört

## Haushaltarbeiten

- einkaufen
- kochen
- Wäsche machen
- putzen
- betten

## Psychischer Zustand

unauffällig \_\_\_\_\_ ja nein

orientiert zeitlich \_\_\_\_\_  
örtlich \_\_\_\_\_  
persönlich \_\_\_\_\_

Verhalten: ruhig \_\_\_\_\_  
unruhig \_\_\_\_\_  
aggressiv \_\_\_\_\_  
passiv \_\_\_\_\_  
wahnhaft \_\_\_\_\_  
Gefahr des Weglaufens \_\_\_\_\_  
verwirrt \_\_\_\_\_

Momentane psychische Verfassung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

> Für weiterführende Informationen und Erläuterungen Rubriken „pflegerische Massnahmen“ und „Bemerkungen“ benutzen!



## Medikamentöse Therapie

| Medikamente | Mo | Mi | 15.00 | Ab | Na | Bemerkungen |
|-------------|----|----|-------|----|----|-------------|
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |
|             |    |    |       |    |    |             |

Allergien: \_\_\_\_\_

### Organisation Spitin → Spitex

|                                           | z. Zt nicht nötig | ist organisiert | muss organisiert werden |
|-------------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------|
| Gemeindekrankenpflege                     |                   | _____           | _____                   |
| Hauspflege                                |                   | _____           | _____                   |
| Haushilfe                                 |                   | _____           | _____                   |
| Mahlzeitendienst                          |                   | _____           | _____                   |
| Ergotherapie                              |                   | _____           | _____                   |
| Physiotherapie                            |                   | _____           | _____                   |
| Sozialdienst                              |                   | _____           | _____                   |
| Tagesklinik                               |                   | Wo: _____       | _____                   |
| Erholungs- und Kurzaufenthalt             |                   | Wo: _____       | _____                   |
| Pflegematerial / Medikamente (für 3 Tage) |                   | _____           | _____                   |
| Rezept                                    |                   | _____           | _____                   |
| Arztbestätigung für Spitexdienste         |                   | _____           | _____                   |
| Hilfsmittel                               |                   | _____           | _____                   |
| Anmeldung Pflege-/Altersheim              |                   | Wo: _____       | _____                   |

Bemerkungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wichtige Termine \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Angehörige angeleitet in / informiert über \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gewünschte Zusammenarbeit Spitin ↔ Spitex \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_