

Pflegerischer Überweisungsrapport

Ziel Institution/Ort

Basisdaten

Personalien Klient

Name, Vorname

Strasse, Wohnort

Geburtsdatum

Telefon-Nr. Klient

Krankenkasse

Hausarzt, Ort

Telefon-Nr. Hausarzt

Medizinische Diagnosen

Hauptdiagnosen

Relevante Nebendiagnosen

Allergien/Unverträglichkeiten

Angehörige Bezugsperson

1. Name

Wohnort

Telefon

Beziehungsgrad

2. Name

Wohnort

Telefon

Beziehungsgrad

Einweisender Arzt/Person

Wohnsituation

<input type="checkbox"/> lebt allein	<input type="checkbox"/> mit Partner	<input type="checkbox"/> Lift vorhanden	<input type="checkbox"/> Anzahl Treppenstufen
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Haus	Schlüssel bei _____	_____
Haustier	_____		
Beistand	_____		
Vormund	_____		
ergänzende Informationen	_____		

Spitex Leistungen wurden erbracht wie folgt

<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	seit _____
<input type="checkbox"/> Haushaltilfe	_____	_____	seit _____
<input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst	_____		

Ergänzende Informationen

<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Port à Cath	<input type="checkbox"/> Pacer/Defi.	<input type="checkbox"/> Telealarm
Mitbetreuende Institution	_____		

Pflegerischer/medizinischer Auftrag

Medikamente/Vitalzeichen

<input type="checkbox"/> BZ Messung	<input type="checkbox"/> Insulin spritzen
<input type="checkbox"/> Medikamente richten	<input type="checkbox"/> Injektion
Medikamente besorgt durch	_____
ergänzende Informationen	_____

Selbstversorgung/Körperpflege

<input type="checkbox"/> Ganzwäsche	<input type="checkbox"/> Teilwäsche	<input type="checkbox"/> Duschen	<input type="checkbox"/> Ankleiden
ergänzende Informationen	_____		

Aktivität/Ruhe

<input type="checkbox"/> Hilfe	<input type="checkbox"/> Schlaf	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Kompressionstherapie	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr
Hilfsmittel	_____			
ergänzende Informationen	_____			

Ausscheidung

<input type="checkbox"/> Einlagen	<input type="checkbox"/> Pants	<input type="checkbox"/> Urinar
<input type="checkbox"/> Dauerkatheder	Einlage/letzter Wechsel am _____	_____
<input type="checkbox"/> Cystofix	Einlage/letzter Wechsel am _____	_____
<input type="checkbox"/> Stoma	Letzter Wechsel Platte _____	_____
ergänzende Informationen	_____	letzter VW _____

Gewebeintegrität

<input type="checkbox"/> Wunddokumentation angehängt als Datei	<input type="checkbox"/> Dekubitusgefahr
Beschreibung Wunde	_____
Benötigtes Material	_____
Material wird geholt von	_____
ergänzende Informationen	_____

Ernährung/Flüssigkeit/Elektrolyte

Enterale Sonden	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Magensonde
<input type="checkbox"/> Jejunalsonde	Letzter VW	_____
Sondenkost	<input type="checkbox"/> Bolus	<input type="checkbox"/> kontinuierlich
<input type="checkbox"/> Gefahr Mangelernährung		
ergänzende Informationen	_____	

Respiratorische Funktion

Inhalieren	<input type="checkbox"/> Tag	<input type="checkbox"/> mit	_____
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> Inhaliergerät	<input type="checkbox"/> CPAP
ergänzende Informationen	_____		

Kommunikation/Wahrnehmung/Neurokognition

Muttersprache			
<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Aphasie	
Orientierung beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> situativ
Hilfsmittel	_____		
ergänzende Informationen	_____		

Befinden/Emotionen/Coping

Befinden	<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schmerz
Beilagen	_____		
Angaben von Name, Vorname (Pflegefachperson)	_____		
Ort, Datum	_____		

SPITEX
Thierstein/Dorneckberg
 www.spitex-thdo.ch

Spitalstrasse 38
 4226 Breitenbach
 info@spitex-thdo.ch
 spitex-thdo@hin.ch

Telefon 061 783 91 55
 Fax 061 783 90 79
 Spendenkonto
 IBAN CH04 0900 0000 4020 0735 9

Nationale Spitex-Nummer
0842 80 40 20