

# Überweisungsrapport

Für Spital / Pflegeheim / Spitalexterne Dienste

**ACHTUNG:** Der Überweisungsrapport ist ein internes Arbeitsinstrument, welches unter Verschluss gehalten wird.  
Das Personal ist grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet und untersteht dem Berufsgeheimnis!

**Absender/in** (Wohn- & Pflegeheim Sonnmatt, 8217 Wilchingen)

hospitalisiert/betreut von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zuständig Bezugsperson \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

Zuständiger Arzt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

(Bereits vorhandene Personalien können hier angeheftet werden)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Kostenträger: Krankenkasse \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

**Empfänger/in**

Patient/in beim Empfänger bereits bekannt  ja  nein ?

zuständig Bezugsperson \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

Zuständiger Arzt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Angehörige/Bezugspersonen**

1. Angehörige /Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

2. Angehörige/Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnose/n** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Aktuelle Hilfe und Pflegesituation/Unterstützungsbedarf

## Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Code	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig	Code	selbständig	teilw. selbständig	unselbständig
<b>1 sich waschen und kleiden</b>				<b>5 atmen</b>			
- an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unauffällig	<input type="checkbox"/>		
- Körperpflege: waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>		
- Körperpflege: baden/duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auswurf	<input type="checkbox"/>		
- Zahn- und Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spezielles: _____			
Spezielle Pflege				_____			
- Dekubituspflege	<input type="checkbox"/>			Hilfsmittel: _____			
- Injektionen	<input type="checkbox"/>			_____			
- Verbände	<input type="checkbox"/>						
- Infusionen	<input type="checkbox"/>						
- _____	<input type="checkbox"/>						
Hilfsmittel: _____							
_____							
<b>2 Ernährung</b>				<b>6 kommunizieren</b>			
- essen einnehmen, kauen, schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- genügend trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- sich nonverbal ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles:				- hören, verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diät: _____				- sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Spezielles: _____			
Hilfsmittel: _____				_____			
Zahnprothesen _____				Hilfsmittel: Hörapparat <input type="checkbox"/>			
_____				Brille <input type="checkbox"/>			
				_____			
<b>3 ausscheiden</b>				<b>7 Wohnen, Haushalten</b>			
- Urin ausscheiden (Tag/Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Der Bedarf wird in der Regel durch die Spitex-Dienste erhoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verdauen, Stuhl ausscheiden (Tag/Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spezielles: _____			
- Hilfsmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Spezielles:							
- Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>			<b>8 Stimmungslage/Orientierung/ seelisches Befinden</b>			
- Urostomie / Colostomie	<input type="checkbox"/>			Spezielles: _____			
- Urinzuckerbestimmung	<input type="checkbox"/>			_____			
_____				_____			
Hilfsmittel: _____				_____			
_____				_____			
<b>4 sich bewegen</b>							
- aufstehen / hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- stehen / gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- benötigte Hilfsmittel einsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Spezielles: _____							
Hilfsmittel: _____							
_____							



# Medikamentöse Therapie

selbständig  
 Teilw. selbst.  
 unselbständig

Medikamente	Einnahme			Dosierung	mo	mi	ab	na
Reservemedikation	Einnahme			Dosierung				
Antikoagulation mit:				Quickwert vom:				

Blutdruck: \_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_ Temperatur: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_\_\_ Name, Funktion \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Original:** an nachfolgende Institution

**Kopie:** Ablegen in Krankengeschichte/-Dossier