 Kantonsspital Liestal Laufen Bruderholz Kant. Psych. Dienste	Pflegerischer Überweisungsrapport
	für Spitäler/Kliniken/Heime/ Spitalexterne Dienste

Printer

Geht an:

Personalien:

Name:		Vorname:	
Adresse:		Geb.Dat.:	
PLZ / Ort:		Zivilstand:	
Beruf:		Tel.Nr. 1:	
Konf.:		Tel.Nr. 2:	
Staatsan- gehörigkeit		Sprache:	

Hospitalisiert / betreut von:		bis:	
Klinik /Organisationseinheit:			
Zuständige Pflegefachperson:			
Telefon/ Erreichbarkeit:			
Konsilien / Beratungen / Dienste / Therapien:			
Hausarzt:			
Telefon:			
Kostenträger / Krankenkasse:			
Ggf. Zusatzversicherungen			

Angehörige / Bezugsperson

Vormund oder Beistand

Name:		Name:	
Adresse:		Adresse:	
Tel-Nr. P: G:		Tel-Nr. P: G:	
Beziehungsgrad:		Beziehungsgrad:	
Name:			
Adresse:			
Tel-Nr. P: G:			
Beziehungsgrad:			

Grund für den Spitalaufenthalt / die Einweisung

Krankheit: <input type="checkbox"/>	Unfall: <input type="checkbox"/>

Medizinische Informationen / wichtige Diagnosen (ohne Gewähr):

Allergien:	<input type="checkbox"/> keine bekannt	<input type="checkbox"/> (welche?):	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> (wo hinterlegt?)	

Auswahl wichtiger Diagnosen und infektiologische Informationen

<input type="checkbox"/> MRSA TrägerIn	<input type="checkbox"/> ESBL TrägerIn	<input type="checkbox"/> Anderes :
--	--	------------------------------------

Wichtige Medikamente (genaue Auflistung siehe Medikamentenkarte / ggf. Rezept gefaxt an:)

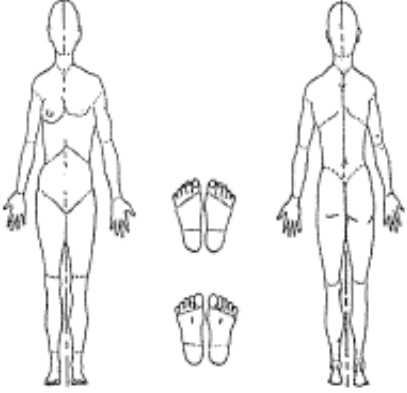
Bitte angeben, ob, bzw. welche Medikamente für den Entlasstag schon verabreicht wurden!

Psychische Situation:

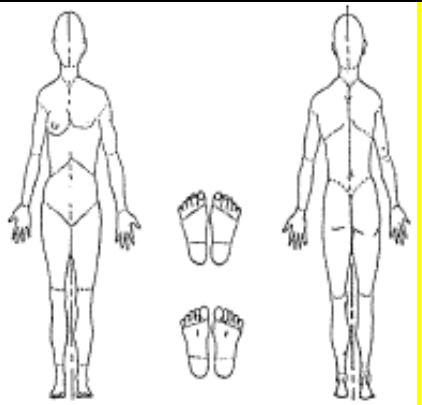
Unauffällig <input type="checkbox"/>		ja	nein	Details / Anmerkungen
Orientierung	zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verhalten	unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbst- und Fremdgefährdung:	Suizidalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Suizidversuch i.d. Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selbstverletzendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sucht:	Suchtproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges:	Wahn und / oder Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gefahr des Weglaufens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Status:	FFE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ergänzende Bemerkungen:

**Physische Situation
Hautzustand / Wunden**

	Wundart / Beschreibung / ggf. Behandlung:

Schmerzsituation

Ort:	
Auftreten / Rhythmus:	
Intensität / Skala:	
Qualität / Beschreibung:	
Verstärkung / Verringerung durch:	
Weitere Bemerkungen:	

Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens

(Falls keine Einschränkung vorhanden bitte ☐ eingtragen!)

Atmen / Einschränkung	Unterstützung / Besonderheiten / Hilfsmittel /Gewohnheiten
Sich bewegen / Einschränkung	Unterstützung / Anzahl Helfer / Hilfsmittel / Gewohnheiten / Sturzgefährdung
Ausscheiden / Einschränkung	Unterstützung / Hilfsmittel /Gewohnheiten / Datum des letzten Stuhlgangs
Essen und trinken / Einschränkung	Diäten / Hilfsmittel / Gewohnheiten / Unterstützung / Zahnersatz
Sich waschen und kleiden / Einschränkung	Unterstützung
Kommunizieren / Einschränkung	Sehen / Hören / Sprechen / Kontakt aufnehmen / Fremdsprachigkeit / Hilfsmittel / Gewohnheiten
Schlafen	Schlaf-Wach-Rhythmus / Hilfsmittel / Gewohnheiten
Weitere Bereiche	

Werte / Messungen / Verläufe:

Messwert	Wert letzte Messung	Datum:	Hinweis / Spezielles
Blutdruck:			
Puls:			
Temperatur:			
Grösse:			
Gewicht:			
BMI:			
BZ:			

Wohnsituation:

- | | | | |
|---|-----|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnung mit | Zi. | <input type="checkbox"/> Haus | <input type="checkbox"/> Telealarm vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Altersheim | | <input type="checkbox"/> Pflegeheim | Anbieter: |
| <input type="checkbox"/> Treppen | | <input type="checkbox"/> Lift | <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst |
| <input type="checkbox"/> lebt alleine | | <input type="checkbox"/> Alterssiedlung | Anbieter: |
| <input type="checkbox"/> Haustier: | | <input type="checkbox"/> Anderes: | |
| <input type="checkbox"/> Wohnpartnerschaft mit: | | | |

Wichtige Termine:

Mitgegebene Dokumente

(Marcoumar-, BZ-Büchlein, Röntgenbilder, Arztzeugnis, Ausweise, Allergiepass, Rezept):

Wichtige Anliegen der betroffenen Person	Wichtige Anliegen der Angehörigen / Bezugsperson

Versorgung nach Austritt geregelt (häusliche Versorgung, z. B. Essen, Einkauf, ...)

<input type="checkbox"/> Ja	durch wen:
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Offene Pkt.:	

Bemerkungen (z. B. besprochener Auftrag an Spitex; Abmachungen mit nachfolgender Einrichtung; FIM Test, Anliegen der Pflege...):

Ort:

Datum:

Unterschrift: