 Kantonsspital Liestal Laufen Bruderholz Kant. Psych. Dienste	<b>Pflegerischer Überweisungsrapport</b>
	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:	
<b>Klinik /Organisationseinheit:</b>			
<b>Zuständige Pflegefachperson:</b>			
Telefon/ Erreichbarkeit:			
<b>Konsilien / Beratungen / Dienste / Therapien:</b>			
<b>Hausarzt:</b>			
Telefon:			
<b>Kostenträger / Krankenkasse:</b>			
<b>Ggf. Zusatzversicherungen</b>			

**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):

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

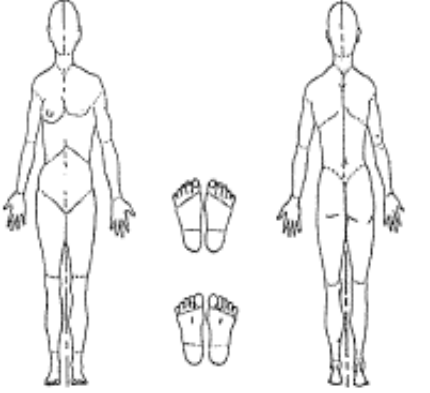
Bitte angeben, ob, bzw. welche Medikamente für den Entlasstag schon verabreicht wurden!

### Psychische Situation:

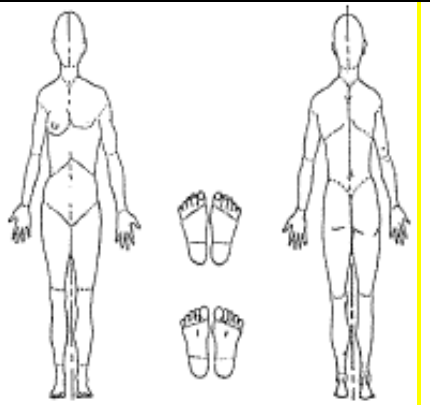
Unauffällig	<input type="checkbox"/>	ja	nein	Details / Anmerkungen
<b>Orientierung</b>	zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Verhalten</b>	<b>unauffällig</b>	<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**

	<b>Wundart / Beschreibung / ggf. Behandlung:</b>

**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!)

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

**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: