BERIT KLINIK

Pflegerischer Überweisungsrapport

Von: _____ Geht an **Berit Klinik Niederteufen**

Zuweiser

Institution / Praxis / Name:

Strasse / Nr.: PLZ / Ort:

E-Mail: Telefon: Fax:

Personalien

Name:		Vorname:	
Strasse / Nr.:		PLZ/Ort:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	☐ Männlich ☐ Weiblich
Tel. Privat:		Tel. Mobile:	
Tel. Geschäft:		E-Mail:	
Konfession:		Zivilstand:	
SVA-Nummer:		Beruf:	
Arbeitgeber:		**Eintrittsdatum:**	

Kontaktperson(en)

Kostenträger

☐ Grundversicherung Vers.-Nr.:

☐ Zusatzversicherung Vers.-Nr.:

Eintrittsgrund: ☐ Unfall ☐ Krankheit

BERIT KLINIK

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Hospitalisation

Ort: Aufenthaltsdauer von: bis:

Arzt / Ärztin:

Pflegefachperson:

Diagnose(n):

Operation(en): Operationsdatum:

Allergien:

Nebendiagnose(n):

Wohnsituation

☐ Haus ☐ Wohnung ☐ Treppe ☐ Lift

☐ Alterssiedlung ☐ Alters- und Pflegeheim

Wohnpartnerschaft mit: _____

Haustier: _____

Weiteres / Besonderes:

BERIT KLINIK

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Der Überweisungsrapport gibt Auskunft über das aktuelle Pflege- und Unterstützungsangebot.

Aktuelle Werte

Gewicht	kg	Blutdruck	mmHG	Temperatur	Grad
Grösse	m	Puls	/min	Sauerstoff SpO2	Prozent

S = Selbstständig / **P**= Pflegebedürftig / Teilpflegebedürftig

Tägliche Aktivitäten	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Sich waschen und kleiden	☐	☐	
Tägliche Körperpflege	☐	☐	
Baden / Duschen	☐	☐	
Nagelpflege	☐	☐	
Sich an- und auskleiden	☐	☐	
Rasieren	☐	☐	
Zahnprothese	☐	☐	
Hier kommt	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

Atmen	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Atemfunktion	☐	☐	
	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

Ernährung	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Essen	☐	☐	
Trinken	☐	☐	
Diät	☐	☐	
	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

Ausscheiden	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Toilette benutzen	☐	☐	
Stuhlgang	☐	☐	
Urin: Tag / Nacht	☐	☐	
Inkontinenzartikel	☐	☐	
	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

BERIT KLINIK

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

S = Selbstständig / **P**= Pflegebedürftig / Teilpflegebedürftig

Temperatur	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Wärme-Kälte-Regulation	☐	☐	
	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

Wach sein und schlafen	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Schlaf-Wach-Rhythmus	☐	☐	
	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

Für Sicherheit sorgen	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Vorkehrungen treffen	☐	☐	
Dekubitusrisiko	☐	☐	
Vorkehrungen treffen	☐	☐	
	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

Sich bewegen	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Erhöhtes Sturzrisiko	☐	☐	
Sich hinsetzen / aufstehen	☐	☐	
Sich hinlegen / aufstehen	☐	☐	
Treppen steigen	☐	☐	
Gehen Berit-Innenbereich	☐	☐	
Gehen Berit-Aussenbereich	☐	☐	
	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

Kommunizieren	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Sprechen	☐	☐	
Hören	☐	☐	
Sehen	☐	☐	
Kontakt aufnehmen	☐	☐	
	☐	☐	

☐ Sehhilfe ☐ Hörapparat

Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles

Sinn finden	S	P	Beschreibung von Pflege und Unterstützung
Hat Freude an	☐	☐	
Macht Pläne	☐	☐	
	☐	☐	
Hilfsmittel / Gewohnheiten / Spezielles			

BERIT KLINIK

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

☐ Mitgegebene Medikamente für _____ Tage

Medikament(e)	Morgen:	Mittag:	Abend:	Nacht:

☐ Mitgegebene Medikamente subkutan für _____ Tage

☐ Mitgegebenes Material für _____ Tage

Ärztliche präventive, diagnostische und therapeutische Massnahmen

☐ Beiblatt _____

☐ Rezept _____

☐ Verordnung _____

☐ _____ _____

☐ _____ _____

BERIT KLINIK

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Unterstützungsangebot ☐ Bestehend ☐ Neu ☐ Neu angemessen

	Zeugnis	Organisiert	Empfehlenswert / Bemerkungen / Ort
Spitex-Krankenpflege	☐	☐	
Hauspflege/Familienhilfe	☐	☐	
Haushilfe	☐	☐	
Angehörige / Bezugspersonen / Nachbarn etc.		☐	
Sozialberatung		☐	
Mahlzeitendienst		☐	
Physiotherapie / Ergotherapie	☐	☐	
Erholungs- und Kuraufenthalt		☐	
Rehabilitation		☐	
Tagesklinik		☐	
Hilfsmittel		☐	
Anmeldung Alters- und Pflegeheim		☐	

Wichtige Termine	Datum
☐ Faden- / Klammerentfernung	
☐ Nächster Verbandwechsel	
☐ Nächste Laborkontrolle	
☐ Nächster Termin beim Operateur	
☐	
☐	

BERIT KLINIK

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anliegen

Wichtige Anliegen der betroffenen Person: | Vereinbarte Massnahmen:

Wichtige Anliegen der Angehörigen / Bezugsperson(en): | Vereinbarte Massnahmen:

Wichtige Anliegen aus Sicht der Fachbetreuung: | Vereinbarte Massnahmen:

Bemerkungen:

Das Pflege- und Unterstützungsangebot sowie die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen wurden mit der betroffenen Person und/oder mit den Angehörigen/Bezugspersonen besprochen.

Datum: _____ **Name / Unterschrift:** _____

Rückfragen an: _____ Telefon: _____ Zuständige Fachperson Pflege: _____