

Pflegerischer Überweisungsrapport

Name Kind:	Vorname Kind:	Geburtsdatum:
Von Spital/Institution:		an Kinderspitex der Kifa
Von Kinderspitex der Kifa	an Spital/Institution:	
Geplanter Aus-/Eintritt Spital/Institution:		Eintritt <input type="checkbox"/> / Austritt <input type="checkbox"/>
		Datum:
		Zeit:

Personalien Kundin oder Kunde (PatientIn)		
Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀
Adresse:	PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:	Telefon/Mobile:	<input type="checkbox"/> Mutter / <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Pflegeeltern
Krankenkasse:	Unfallversicherung:	
KK-Vers-Nr	KK-Veka-Nr	AHV-Nr

Behandelnde Ärztin / Behandelnder Arzt		
Name:	Vorname:	
Adresse:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Telefon direkt:	

Medizinische Diagnosen	
Hauptdiagnose(n):	
Relevante Nebendiagnose(n):	
Allergien / Unverträglichkeiten:	

Angehörige Bezugspersonen	
1. Name / Vorname:	2. Name / Vorname:
Wohnort:	Wohnort:
Telefon / Mobile:	Telefon / Mobile:
Beziehungsgrad:	Beziehungsgrad:

Name Kind:	Vorname Kind:	Geburtsdatum:
------------	---------------	---------------

Ergänzende Informationen:

Soziale Situation	
Lebt bei:	
Haustier(e):	Schlüssel bei:
Beistand:	Vormund:
Ergänzende Informationen:	

Auftrag Spitex	
<input type="checkbox"/> Pflege:	Wie oft: / Ab wann:
	<input type="checkbox"/> Zu Organisierendes: <input type="checkbox"/> Haushalthilfe / <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst <input type="checkbox"/> Betreuung / <input type="checkbox"/> Fahrdienst / <input type="checkbox"/> Therapie(n)

Ergänzende Informationen		
<input type="checkbox"/> PatientInnenverfügung <input type="checkbox"/> OrganspenderIn <input type="checkbox"/> REA nein	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Jejunal-Sonde <input type="checkbox"/> Porth à Cath. <input type="checkbox"/> Stoma / <input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Pacer/Defibrillator <input type="checkbox"/> Telealarm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mitbetreuende Institution:		
Anmeldung Kur/Institution:	/ von bis, ab:	
Termine (Ärztin/Arzt/Physio/Ergo)		
Sonstiges		

Pflegerischer-medizinischer Auftrag		
1. Behandlungspflege		
<input type="checkbox"/> Blutentnahmen <input type="checkbox"/> Medikamente richten <input type="checkbox"/> Medikamente abgeben	<input type="checkbox"/> Verband <input type="checkbox"/> Injektion	<input type="checkbox"/> Überwachung Vitalzeichen <input type="checkbox"/>
Medikamente besorgt durch:		
Bei Apotheke/Lieferdienst:		

Name Kind:	Vorname Kind:	Geburtsdatum:
------------	---------------	---------------

Ergänzende Informationen:

<input type="checkbox"/> Wunddokumentation vorhanden	<input type="checkbox"/> Dekubitusgefahr → Ort:
--	---

Beschreibung Wunde:

Benötigtes Material:

Material wird geholt von:

Ergänzende Informationen:

2. Grundpflege

<input type="checkbox"/> Körperpflege:	<input type="checkbox"/> An-/Entkleiden:
--	--

<input type="checkbox"/> Weiteres:	<input type="checkbox"/> Präventive Massnahmen:
------------------------------------	---

Ergänzende Informationen:

3. Besonderes bei den ATLS

<input type="checkbox"/> Mobilisation (Support/Präv.)	
---	--

<input type="checkbox"/> Sturzgefahr: Situation	
---	--

<input type="checkbox"/> Begleitung	<input type="checkbox"/> Kompressionstherapie	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel
-------------------------------------	---	--------------------------------------

Kreislauf	<input type="checkbox"/> stabil / <input type="checkbox"/> instabil
-----------	---

Einschränkungen/Ressourcen:

Ruhen/Schlafen

Schlaf-/Wachrhythmus:	<input type="checkbox"/> Lagern/Sichern
-----------------------	---

Ergänzende Informationen/Hilfsmittel:

Name Kind:	Vorname Kind:	Geburtsdatum:
------------	---------------	---------------

Ernährung	
<input type="checkbox"/> Sonde:	<input type="checkbox"/> Unterstützung:
<input type="checkbox"/> ärztl. Verord./Schema vorhanden:	<input type="checkbox"/> Besondere Kostform:
Ergänzende Informationen:	

Ausscheiden			
Kontinenz	Darm: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Blase: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Katheder	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Darmstimulation:
Ergänzende Informationen/Ressourcen:			

Regulieren der Körpertemperatur		
<input type="checkbox"/> Temp. Kontrolle	<input type="checkbox"/> fix <input type="checkbox"/> nach Schema Unterstützung:	<input type="checkbox"/> Minderdurchblutung
Ergänzende Informationen:		

Atmen			
<input type="checkbox"/> O-2 Therapie	<input type="checkbox"/> SäO2-Kontrolle	<input type="checkbox"/> Spez. Lagerung	<input type="checkbox"/> Sekretmobilisation
<input type="checkbox"/> Atemtherapie:		<input type="checkbox"/> Kanülenwechsel	<input type="checkbox"/> Tracheostoma-Pflege
<input type="checkbox"/> Absaugen (mit/ohne Abspülen)			
Ergänzende Informationen:			

Kommunikation/Wahrnehmung/Neurokognition		
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> adäquat	<input type="checkbox"/> retardiert
<input type="checkbox"/> Verwirrt:	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> kann sich melden
<input type="checkbox"/> Sieht adäquat	<input type="checkbox"/> Hört adäquat	
<input type="checkbox"/> Beherrschende Sprachen:		

Name Kind:	Vorname Kind:	Geburtsdatum:
------------	---------------	---------------

Ergänzende Informationen:

Sich beschäftigen, spielen und arbeiten

<input type="checkbox"/> Kann soziale Kontakte pflegen	<input type="checkbox"/> Kann Medien bedienen:
--	--

Ergänzende Informationen:

Psychischer Grundzustand

<input type="checkbox"/> Unauffällig	<input type="checkbox"/> Auffällig:
--------------------------------------	-------------------------------------

Ergänzende Informationen:

4. Edukation

Zu schulende Person	<input type="checkbox"/> Kundin / Kunde (PatientIn)	Angehörige:
---------------------	---	-------------

Schulungsthema:

Schulungsbedarf:	<input type="checkbox"/> Jedes Mal <input type="checkbox"/> Gemäss Terminplan	<input type="checkbox"/> Bei bes. Verrichtungen
------------------	--	---

Ergänzende Informationen:

Ort / Datum:

Ausgefülltes Formular bitte an folgende Adresse zustellen:
Stiftung Kifa Schweiz, Im Römerquartier 4a, 4800 Zofingen
oder: kinderspitem@stiftung-kifa.ch