|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Überweisungsrapport von/an Kinderspitex Nordwestschweiz Telefon 0848 232 232** | | | |
| **Name** |  | **Geb. Datum** |  |
| **Vorname** |  | **Tel.** |  |
| **Adresse** |  | | |
| **Vor- + Nachname Mutter** |  | **Natel Mutter** |  |
| **Vor- + Nachname Vater** |  | **Natel Vater** |  |
| **IV / AHV Nr.** |  |  |  |
| **Krankenkasse** |  | **IV Fall** | **ja**  **nein** |
| **Überweisende Station** |  | **Tel.** |  |
| **Kinderarzt** |  | **Tel.** |  |
| **Behandelnder Arzt** |  | **Tel.** |  |
| **Andere Dienste** |  | **Tel.** |  |
| **Kontaktperson der Kinderspitex (zuständige EL mit Natel Nr.)** |  | **Tel.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose** |  |
| **Allergien** |  |
| **Aktueller Hospitalisationsgrund** |  |
| **Austrittsdatum** |  |
| *Bitte Arztbericht beilegen/ mitschicken, danke* | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Für Sicherheit sorgen** | | | | | |
| *Medikamentengabe (Medischema mitgeben/ Rezept abgeben, ärztliche Verordnung/ Eltern besorgen Medis gleichentags)* | P.os | | | | |
| Schmerzen |  | | | | |
| Selbstverletzungen  oberflächliche Wunde  tiefe Wunde |  | | | | |
| Aggressionen  Selbst-/ Fremdgefährdend |  | | | | |
| Suizidalität |  | | | | |
| Beschreibung/ergänzende Informationen |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Essen und Trinken** | | | | | |
| Sondenkost | Menge | | | Sondierzeiten | |
| Vorgehen bei Ernährungssonde ziehen |  | | | *(Ernährungsschema beilegen)* | |
| Ernährungsplan |  | | | | |
| Substanz-Alkoholabusus |  | | | | |
| Beschreibung/ergänzende Informationen |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Atmung** | | | | | |
| Inhalieren | /Tag | | Trocken  Feucht | | |
| Hyperventilieren |  | | | | |
| Beschreibung/ergänzende Informationen |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Ausscheidung** | | | | | |
| Vorgehen bei Durchfall/Obstipation |  | | | | |
| Beschreibung/ergänzende Informationen |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Sich bewegen** | | | | | |
| Antrieb | schwach | | | gesteigert | |
| Tagesstruktur |  | | | | |
| Tics |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Ruhen und Schlafen** | | | | | |
| Tag-/ Nachtrhythmus |  | | | | |
| Schlafstörungen |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Sich waschen und kleiden** | | | | | |
| Pflegeprodukte |  | | | | |
| Körperpflege/Hygiene |  | | | | |
| Beschreibung/ergänzende Informationen |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Kommunizieren** | | | | | |
| Sehstörung | Hörstörung | | | Aphasie | |
| Sprachentwicklung |  | | | | |
| Probleme/Befinden Mitteilen |  | | | | |
| Beschreibung/ergänzende Informationen |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Sinn finden** | | | | | |
| Befinden | Angst | Unruhe | | | Sonstiges |
| Beschreibung/ergänzende Informationen |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Familiäre Situation** | | | | | |
| Familiensituation |  | | | | |
| Umgangssprache |  | | | | |
| Tagesstruktur (Schule, Kindergarten) |  | | | | |
| Beschreibung/ergänzende Informationen |  | | | | |
| **Anleitung/ Instruktion (Edukation)** |  | | | | |
| Wer muss angeleitet werden | In was muss die Person angeleitet werden | | | | |
|  |  | | | | |
| **Fragen/Anliegen an Arzt und Pflege** | | | | | |
|  | | | | | |

Datum       Unterschrift