|  |
| --- |
| **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