

Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 25 25, Fax +41 61 265 20 20
servicecenter.earchiv@usb.ch



10087

Ausgefüllt am von

1. Persönliche Angaben Patientin, Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum:

Assistenzperson

Telefon:

Betreuungs- resp. Begleitperson Institution

Angehörige Eltern Geschwister Kind

Beistand, anderes

Institution:

Telefon:

Betreuungsperson:

Telefon:

Erziehungsperson:

Telefon:

Angehörige, Angehöriger:

Telefon:

Zu benachrichtigende Person:

Telefon:

2. Nicht medizinische Angaben

Beeinträchtigung

körperlich-motorische Beeinträchtigung Sehbehinderung Hörbehinderung Hirnverletzung

kognitive Beeinträchtigung psychische Beeinträchtigung Mehrfachbehinderung

Kommunikation

gesprochene Sprache langsames Sprechen, Gesichtskontakt Gebärdensprache

Mimik, Gestik Fremdsprachen:

Unterstützte Kommunikation

Papier Computer Symbole/Piktogramme Anderes:

Freiheitsentziehende Massnahmen

nicht bewilligt bewilligt Massnahmen:

3. Medizinisch-pflegerische Angaben

Bestehende Diagnose Nein

Ja:

Medikamente Nein

Ja:

Allergien Nein

Ja, Lebensmittel:

Ja, andere:

Empfehlungen, vorformuliertes Versorgungsprojekt

Nein Ja (wenn ja, bitte dem Formular beifügen)

Risiken

Weglaufen Sturz Spastik Selbstverletzung Fremdaggressivität

Gewohnte Medikation und Dosierung

Behandlungskarte und besondere Behandlungsmittel mitnehmen/mitgeben (nicht in Pillendosen, sondern in der Verpackung!)

Bereits aufgrund von Dringlichkeit verabreichte Medikamente:

Medizinische/chirurgische Vorgeschichte:

Impfungen (Tetanus, Grippe etc.):

Ausscheidung

Urininkontinenz Stuhlinkontinenz Einlagen Windeln Auflagen Kondom Urinsonde

Anderes:

Epilepsie

Auslösende Faktoren:

Anfallsverlauf (erste Anzeichen, Manifestationen usw.):

Dauer der Anfälle:

Häufigkeit der Anfälle:

Verhaltensweise bei Anfall und Behandlung (*gemäss Behandlungskarte, dem Formular beizufügen*)

Versorgung Atmung

O₂-Zufuhr, Liter/min = Anderes:

Mobilität (Einschränkung der Beweglichkeit) ..

Einschränkung Nein Einschränkung Ja

Selbständig Ja Selbständig mit Hilfsmittel Selbständig ohne Hilfsmittel

Selbständig Nein Hilfsmittel Ja Hilfsmittel nein

Sitzt Steht Geht was ist noch möglich?:

Ernährung

Schwierigkeiten beim Schlucken Gastrostoma Ejunostoma

Ernährungsform/Diät:

Besonders zu überwachen

Haut Stuhlgang Anderes:

4. Besondere Vorkehrungen

Empfehlungen zur Kontaktherstellung mit der Person

(*beispielsweise: erträgt Berührungen, Lärm, Anblicken, zu nahen Abstand usw. nicht*)

.....
Üblicher Ausdruck von

1. Schmerz:

2. Angst:

3. Unbehagen:

4. Ablehnung:

5. Wohlbefinden:

Betreuung (Vorgehensweise)

1.

2.

3.

5. Zusätzliche Erfordernisse

Bereitzustellen

Einzelzimmer Zweibettzimmer Bett für Assistenz-/Begleitperson Angepasstes Bett/Spezialbett

Bettgitter Schutzhelm Stützkissen Fixierung Schienen Handrollstuhl Elektrorollstuhl

Rollator Anderes:

Bringt folgendes mit

Sehhilfe/Brille Führ-/Assistenzhund Hörhilfe/Hörgerät Schutzhelm

Angepasstes Bett/Spezialbett Transferhilfe Übergangsobjekt Stützkissen Fixierung

Schienen Handrollstuhl Elektrorollstuhl Rollator Anderes:

Rücktransport

möglichst frühzeitig Verständigung der Institutionen hinsichtlich des Rücktransports

Reservierung des Rücktransports im Krankenwagen durch die USB auf Verordnung

sitzend liegend

6. Anmerkungen

.....
.....
.....
.....
.....