 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**

☐ einfache Sprache ☐ 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:

Substanzabhängigkeit ☐ Nein ☐ Ja:

Allergien ☐ Nein ☐ Ja, Lebensmittel:

 ☐ Ja, andere:

**Empfehlungen, vorformuliertes Versorgungsprojekt / Patientenverfügung**

☐ Nein ☐ Ja *(wenn ja, bitte dem Formular beifügen)*

**Risiken**

☐ Weglaufen ☐ Sturz ☐ Spastik ☐ Selbstverletzung ☐ Fremdaggressivität ☐ Panikattacken

**Gewohnte Medikation und Dosierung***Behandlungskarte und besondere Behandlungsmittel mitnehmen/mitgeben (in der Originalverpackung!)*

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

☐ SelbständigNein ☐ 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 ☐ Persönliches (Skills) / Anderes:

**Rücktransport**

☐ möglichst frühzeitige Verständigung der Institutionen hinsichtlich des Rücktransports

☐ Reservierung des Rücktransports im Krankenwagen durch die USB auf Verordnung

☐ sitzend ☐ liegend

**6. Anmerkungen**