

Interprofessionelles Standortgespräch

Name, Vorname des Bewohners:	Gesprächsteilnehmende:	<input type="checkbox"/> Vertretungsberechtigte Person:						
	<input type="checkbox"/> Arzt Name:	<input type="checkbox"/> Bezugsperson (nur Informationsrecht):						
Eintrittsdatum:	<input type="checkbox"/> Sozialdienst Name:	<input type="checkbox"/> Therapie Name:						
Standortgespräch, Datum:	<input type="checkbox"/> Bezugsperson Pflege:	<input type="checkbox"/> andere Dienste Name:						
	<input type="checkbox"/> Stationsleitung:							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Medizinische Informationen (Arzt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung Gesundheitszustand, Probleme: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ • Begründung, falls Bewohner im PZ 1 (geschlossene Abteilung) ist / oder verlegt wird: _____ _____ _____ _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Medizinische Abmachungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente inkl. Reservemedikamente und Psychopharmaka: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ • Dürfen die Medikamente bei Ablehnung verdeckt abgegeben werden? z.B. eingerührt in Nahrungsmittel: _____ _____ _____ _____ _____ • Klärung (1. Standortgespräch) oder Überprüfung (folgende Gespräche) der vertretungsberechtigten Person _____ _____ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Sozialdienst: _____ _____ _____ _____</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Abmachungen: _____ _____ _____ _____</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Therapien: _____ _____ _____</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Abmachungen: _____ _____ _____</p> </td> </tr> </table>			<p>Medizinische Informationen (Arzt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung Gesundheitszustand, Probleme: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ • Begründung, falls Bewohner im PZ 1 (geschlossene Abteilung) ist / oder verlegt wird: _____ _____ _____ _____ 	<p>Medizinische Abmachungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente inkl. Reservemedikamente und Psychopharmaka: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ • Dürfen die Medikamente bei Ablehnung verdeckt abgegeben werden? z.B. eingerührt in Nahrungsmittel: _____ _____ _____ _____ _____ • Klärung (1. Standortgespräch) oder Überprüfung (folgende Gespräche) der vertretungsberechtigten Person _____ _____ 	<p>Sozialdienst: _____ _____ _____ _____</p>	<p>Abmachungen: _____ _____ _____ _____</p>	<p>Therapien: _____ _____ _____</p>	<p>Abmachungen: _____ _____ _____</p>
<p>Medizinische Informationen (Arzt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung Gesundheitszustand, Probleme: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ • Begründung, falls Bewohner im PZ 1 (geschlossene Abteilung) ist / oder verlegt wird: _____ _____ _____ _____ 	<p>Medizinische Abmachungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente inkl. Reservemedikamente und Psychopharmaka: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ • Dürfen die Medikamente bei Ablehnung verdeckt abgegeben werden? z.B. eingerührt in Nahrungsmittel: _____ _____ _____ _____ _____ • Klärung (1. Standortgespräch) oder Überprüfung (folgende Gespräche) der vertretungsberechtigten Person _____ _____ 							
<p>Sozialdienst: _____ _____ _____ _____</p>	<p>Abmachungen: _____ _____ _____ _____</p>							
<p>Therapien: _____ _____ _____</p>	<p>Abmachungen: _____ _____ _____</p>							

Interprofessionelles Standortgespräch

Pflegerische Informationen: • Pflegeaufwandgruppe: _____ _____ _____ • Beschreibung Gesundheitszustand, Pflegediagnose: _____ _____ _____ • Probleme: _____ _____ _____ _____ • Bewegungseinschränkende Massnahmen: _____ _____ _____	Pflegerische Abmachungen: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Weitere Themen: _____ Patientenverfügung: _____ Zahnarzt: <input type="checkbox"/> MobiDent: <input type="checkbox"/> Extern: _____ Häufigkeit: _____ Kostengutsprache Höhe: _____	Fusspflege/Podologie: _____ Coiffeur: _____ Bezahlung <input type="checkbox"/> Bar _____ <input type="checkbox"/> Rechnung an: _____ <input type="checkbox"/> Mit PZ Monatsrechnung _____ Allfälliger _____ Stationswechsel: _____	Taschengeld durch: _____ Transport- mitgliedschaften: _____ Transport- begleitung: _____
Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____ Datum: _____ Unterschrift Bezugsperson Pflege: _____		
Ich habe alle obenstehenden Informationen erhalten und bin mit den Abmachungen einverstanden		
Datum: _____ Unterschrift Bewohner, resp. vertretungsberechtigte Person: _____		