

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:	
Medizinische Informationen (Arzt) <ul style="list-style-type: none"> Beschreibung Gesundheitszustand, Probleme: 		Medizinische Abmachungen: <ul style="list-style-type: none"> Medikamente inkl. Reservemedikamente und Psychopharmaka:
<ul style="list-style-type: none"> Begründung, falls Bewohner im PZ 1 (geschlossene Abteilung) ist / oder verlegt wird: 		<ul style="list-style-type: none"> Dürfen die Medikamente bei Ablehnung verdeckt abgegeben werden? z.B. eingerührt in Nahrungsmittel:
<ul style="list-style-type: none"> Klärung (1. Standortgespräch) oder Überprüfung (folgende Gespräche) der vertretungsberechtigten Person 		
Sozialdienst:	Abmachungen:	
Therapien:	Abmachungen:	

