

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: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ • Begründung, falls Bewohner im PZ 1 (geschlossene Abteilung) ist / oder verlegt wird: _____ _____ _____ _____ 		
Medizinische Abmachungen:		
<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 _____ 		
Sozialdienst: _____	Abmachungen: _____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Therapien: _____	Abmachungen: _____	
_____	_____	
_____	_____	

Interprofessionelles Standortgespräch

Pflegerische Informationen: <ul style="list-style-type: none">• 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: _____ Transportmitgliedschaften: _____ Transportbegleitung: _____	
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: _____		