

Datenblatt „Persönliche Gesundheitsangaben für den Eintritt in eine Gesundheitseinrichtung“

Dieses Formular richtet sich an Menschen mit Behinderung im Kanton Zürich. Die darin aufgenommenen Angaben ermöglichen, die geplante oder notfallmässige Behandlung, Betreuung und Pflege in den Gesundheitseinrichtungen im Kanton Zürich (z.B. Spital, Klinik) gezielter auf den behinderungsbedingten Bedarf anzupassen. Wir empfehlen, dieses Formular vorsorglich auszufüllen und in gewissen Abständen zu aktualisieren. Manche Angaben sind nur dann auszufüllen, wenn die betroffene Person eine gesetzliche Vertretung hat und/oder in einer Institution lebt. Die Textlänge bei den Textfeldern ist begrenzt. Bitte halten Sie sich möglichst kurz. Wenn aus bestimmten Gründen längere Textergänzungen notwendig sind, notieren Sie diese auf einem separaten Beiblatt.

Das ausgefüllte Formular ist möglichst vor dem Eintritt der Gesundheitseinrichtung zuzustellen oder spätestens beim Eintritt mitzubringen!

Letzte Aktualisierung am: _____ von _____, _____

Bitte kreuzen Sie die Auswahlfelder an und ergänzen Sie die Textfelder.

1. Personalien der betroffenen Person (Klient/-in, Patient/-in)

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Telefon:	
E-Mail:		Adresse:	
Falls wohnhaft in einer Behinder- teninstitution:			
Gesetzlicher Wohnsitz:		Konfession:	
Zivilstand:		Verständigungs- sprache (inkl. Ge- bärdensprache):	
Nationalität / Auf- enthaltsstatus:			

2. Versicherungen und Vorsorge

Krankenversicherung:	
Unfallversicherung:	
Sozialversicherung:	
Patientenverfügung vorhanden?	Vorsorgeauftrag vorhanden?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls vorhanden, Kopie der Dokumente beilegen.	

3. Ansprechpersonen

(Bitte Ernennungsurkunde sowie allfällige Vollmachten, z.B. Vorsorgeauftrag, aufführen.)

Angehörige/Bezugsperson (inklusive Vertretung)			
Name:		Vorname:	
Verwandschafts- grad:		Telefon:	
E-Mail:			
Angaben zur Vertretung:			

Beistandschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche Art? <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft
---	---

Kontaktangaben Beistand/Beiständin			
Name:		Vorname:	
Telefon:		E-Mail:	
Erreichbarkeit:			

Gesetzliche Vertretung für medizinische Massnahmen			
Name:		Vorname:	
Telefon:		E-Mail:	
Erreichbarkeit:			

Kontaktperson in der Behinderteninstitution (inklusive Vertretung)			
Name:		Vorname:	
Telefon:		E-Mail:	
Funktion:			
Erreichbarkeit:			
Angaben zur Vertretung:			

Hausärztin / Hausarzt oder Heimärztin / Heimarzt			
Name:		Vorname:	
Telefon:		E-Mail:	

Weitere wichtige Ansprechpersonen (Name, Vorname, Funktion, Tel, Mail)	
--	--

4. Medizinische Angaben zu vorbestehenden Krankheiten

Diagnosen (bitte beschreiben)
Chronische Schmerzen? Welche? Schmerzlindernde Massnahmen?
Aktuelle Medikamente? Welche, Dosierung, Einnahmezeit und Einnahmeform, Besonderheiten bei der Einnahme?
(oder <input type="checkbox"/> Liste in der Beilage)
Am Eintrittstag eingenommene Medikamente (Name, Dosierung)
Allergien? Welche?
Unverträglichkeiten? Welche?

5. Aktueller Eintrittsgrund

- Ärztlicher **Einweisungsbericht** oder
- Beschreibung der **Symptome** des aktuellen gesundheitlichen Problems, bzw. der aktuellen Veränderung (z.B. Verletzung, Schmerzen, Unruhe)

6. Medizinischer Auftrag (eigener Wille und Autonomie)

Ärztliche Notfallverordnung/Advance Care Planning (ACP)

Von Drittpersonen erhobener **mutmasslicher Wille/wohlverstandenes Interesse**

Bisherige **Spitallerfahrungen** und diesbezügliche Besonderheiten

Schwer durchzuführende **Untersuchungen** (Diagnostik)

Diagnostik und Therapie im Hinblick auf Zumutbarkeit und Angemessenheit bewerten

Angestrebtes Ergebnis des Eintritts

7. Kommunikation

Direkte Ansprache

- Vorname Nachname Initialberührung

Ergänzungen:

Fähigkeit zur Verständigung

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt (Mehrfachnennungen möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auf wenige Worte begrenzt <input type="checkbox"/> auf Mimik und Gesten begrenzt <input type="checkbox"/> auf Bewegungen begrenzt <input type="checkbox"/> auf Hilfsmittel angewiesen | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Mehrfachnennungen möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Piktogramme <input type="checkbox"/> Berührungen <input type="checkbox"/> Unterstützte Kommunikation <input type="checkbox"/> individuelle Wortschatzliste |
|---|--|

Ergänzungen:

Wie äussert die Person...			
<input type="checkbox"/> Schmerz?		<input type="checkbox"/> Unwohlsein?	
<input type="checkbox"/> Stress? (Was löst Stress aus?)		<input type="checkbox"/> Angst?	
<input type="checkbox"/> Freude?		<input type="checkbox"/> Hunger / Durst?	
Ergänzungen:			

Wie drückt die Person ja/nein aus?	Bedeutung besonderer Wörter?
Sprachverständnis ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> versteht nur einfache, klare, knappe Informationen <input type="checkbox"/> versteht nur wenige Wörter <input type="checkbox"/> versteht keine verbalen Informationen und Anleitungen 	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Mehrfachnennungen möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bilder <input type="checkbox"/> Piktogramme <input type="checkbox"/> vorzeigen <input type="checkbox"/> individuelle Wortschatzliste
Ergänzungen:	
Wörter, die zu vermeiden sind?	

Sehfähigkeit ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Lupe <input type="checkbox"/> Linsen 	Hörfähigkeit ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hörgerät links <input type="checkbox"/> Hörgerät rechts
Ergänzungen:	Ergänzungen:
Lesefähigkeit ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Lupe <input type="checkbox"/> Linsen <input type="checkbox"/> Grossdruck 	Schreibfähigkeit ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Mobilgeräte <input type="checkbox"/> Stift und Papier <input type="checkbox"/> Schiefertafel
Ergänzungen:	Ergänzungen:

8. Kooperation

Spricht positiv auf folgende Vorgänge / Massnahmen an:	
Spricht negativ auf folgende Vorgänge / Massnahmen an: <input type="checkbox"/> fremde Umgebung <input type="checkbox"/> fremde Personen <input type="checkbox"/> hastige Bewegungen <input type="checkbox"/> Lärm	
Ergänzungen:	

9. Wahrnehmung und Kognition

Entscheidungsfähigkeit ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt	
Körperwahrnehmung (z.B. friert schnell, schwitzt rasch, Lähmung)?	
Räumliche Orientierung ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt	
Zeitliche Orientierung ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt	
Situative Orientierung ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt	
Persönliche Orientierung ist <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt	

10. Gewohnheiten / Verhalten (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Vorlieben:	
<input type="checkbox"/> Abneigungen:	
<input type="checkbox"/> Suchtmittel:	
<input type="checkbox"/> Selbstgefährdendes Verhalten:	
<input type="checkbox"/> Fremdgefährdendes Verhalten:	
<input type="checkbox"/> Weglaufgefährdung:	
<input type="checkbox"/> Besonderheiten in Bezug auf Nähe /Distanz	
<input type="checkbox"/> Besondere Rituale:	
<input type="checkbox"/> Sonstige Besonderheiten / Ergänzungen:	
Wichtige Hinweise für den Tagesablauf:	
Ergänzungen:	

11. Selbstpflege

Transfer/Mobilität	
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> eingeschränkt, braucht Hilfe (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> beim Sitzen <input type="checkbox"/> beim Stehen <input type="checkbox"/> beim Gehen <input type="checkbox"/> bei Transfers <input type="checkbox"/> bei Bewegungen im Bett	
<input type="checkbox"/> sturzgefährdet <input type="checkbox"/> braucht vollständige Unterstützung	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Spezialschuhe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Lagerungshilfsmittel	
Gewohnheiten/Zeiten:	
Ergänzungen:	

Ernährung	
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> eingeschränkt (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei den Mahlzeiten:	
<input type="checkbox"/> Mahlzeiten vorbereiten, zerkleinern:	
<input type="checkbox"/> Verbale Anleitung/Aufsicht:	
<input type="checkbox"/> Getränke eingeben:	
<input type="checkbox"/> Nahrung eingeben:	
<input type="checkbox"/> Flüssigkeiten eindicken:	
<input type="checkbox"/> Schluckstörung:	
<input type="checkbox"/> Diät:	
<input type="checkbox"/> spezielle Kostform <input type="checkbox"/> Weiche Kost <input type="checkbox"/> Pürierte Kost <input type="checkbox"/> Fingerfood <input type="checkbox"/> Sondenkost (Plan gem. Beiblatt Medikation)	
<input type="checkbox"/> Vorlieben:	
<input type="checkbox"/> Abneigungen:	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Button <input type="checkbox"/> Jejunalsonde <input type="checkbox"/> spezielles Geschirr, Besteck	
Gewohnheiten/Zeiten:	
Ergänzungen:	

Ausscheidung	
<input type="checkbox"/> selbständig	
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	
<input type="checkbox"/> Unterstützung beim Toilettengang:	
<input type="checkbox"/> urininkontinent:	
<input type="checkbox"/> stuhlinkontinent:	
<input type="checkbox"/> Verstopfungsneigung, Massnahmen:	
<input type="checkbox"/> Durchfallneigung, Massnahmen:	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Einlagen (welche, wann):	
<input type="checkbox"/> Dauerkatheter, Einlegedatum:	
<input type="checkbox"/> Cystofix, Einlegedatum:	
Letzter Stuhlgang am:	
Gewohnheiten/Zeiten:	
Ergänzungen:	
Schlafen	
<input type="checkbox"/> ohne Probleme	
<input type="checkbox"/> eingeschränkt, braucht	
<input type="checkbox"/> Licht:	
<input type="checkbox"/> Einschlafritual:	
<input type="checkbox"/> spezielle Lage:	
<input type="checkbox"/> starke Schlafgeräusche:	
<input type="checkbox"/> besondere Schlafgewohnheiten	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Alarmmatte <input type="checkbox"/> Polsterung	
Gewohnheiten/Zeiten:	
Ergänzungen:	

Körperpflege, Mundpflege, Ankleiden	
<input type="checkbox"/> selbständig	
<input type="checkbox"/> eingeschränkt, braucht Hilfe (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> beim sich Waschen/ Baden/Duschen:	
<input type="checkbox"/> bei der Intimpflege:	
<input type="checkbox"/> bei der Rasur:	
<input type="checkbox"/> bei der Hautpflege:	
<input type="checkbox"/> bei der Zahnpflege:	
<input type="checkbox"/> beim An- und Ausziehen:	
<input type="checkbox"/> Zahnprothesen <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> spezielle Pflegeprodukte:	
Gewohnheiten/Zeiten:	
Ergänzungen:	

12. Sonstige Besonderheiten

--

13. Beilagen

<input type="checkbox"/> Ernennungsurkunde gesetzliche Vertretung <input type="checkbox"/> Kopie Vollmachten <input type="checkbox"/> Kopie Vorsorgeauftrag <input type="checkbox"/> Kopie Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Kopie Advance Care Planning <input type="checkbox"/> Ärztlicher Einweisungsbericht <input type="checkbox"/> Medikamentenliste <input type="checkbox"/> Sondenplan <input type="checkbox"/> Lagerungsplan

14. Liste mitgebrachter Gegenstände / Hilfsmittel

--

Bitte überreichen Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit den Beilagen spätestens bei Eintritt in eine Gesundheitseinrichtung der für die Aufnahme zuständigen Person und behalten Sie eine Kopie auf Vorrat bei sich.