



# Überweisungsrapport

zu Handen Alters- und Pflegezentrum Stammertal



Alters- und Pflegezentrum  
**STAMMERTAL**

## Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

## Angehörige / Bezugspersonen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Besuche/Treffen \_\_\_\_\_

Aktivität/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Besuche/Treffen \_\_\_\_\_

Aktivität/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Besuche/Treffen \_\_\_\_\_

Aktivität/Tätigkeit \_\_\_\_\_

## Wohnsituation vor Eintritt ins APZ Stammertal

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnung in Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Lebt alleine   |
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus/Bauernhaus  | <input type="checkbox"/> Haustier _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Alterssiedlung/-wohnung     | <input type="checkbox"/> ist geplant, das Haustier ins APZ mitzunehmen? _____ |
| <input type="checkbox"/> mehrere Etagen              |   |
| <input type="checkbox"/> Lift                        |   |
| <input type="checkbox"/> Treppe                      |   |

## Aktuell eingesetzte Dienste vor Eintritt ins APZ Stammertal

- Spitex
- Pflege
- Haushaltshilfe
- Mahlzeitendienst: durch APZ?  ja  nein
- Physiotherapie: Verordnung vorhanden?  ja  nein
- Ergotherapie
- Logopädie
- Sozialdienst

## Grund des Eintritts ins APZ Stammertal

- Krankheit  physisch  psychisch
- Alleinsein/Tod des Partners
- Wohnsituation/Bewältigung des Haushalts
- Wunsch/Rat von Drittpersonen
- keine ausreichende Betreuung/Pflege in der jetzigen Wohnsituation
- Rehabilitation
- andere: Welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Weitere Informationen für das APZ Stammertal

- Akut- und Übergangspflege: Verordnung vorhanden?  ja  nein
- Tages-/Nachtambulanz: Verordnung vorhanden?  ja  nein
- Ist BEW über medizinische und pflegerische Diagnosen informiert?  ja  nein
- Sind Allergien vorhanden?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Abhängigkeit von:  Nikotin  Alkohol  Medikamente  
 andere, welche? \_\_\_\_\_
- Notrufsystem vorhanden?  ja  nein
- Sind wichtige Termine/Abklärungen anstehend?  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 1 Psychogeriatrische Leistungen

## Gedächtnis und Orientierung

### Orientierung

| Beeinträchtigung   | stark                 | mittel                | schwach               |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Zeitlich           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Örtlich            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Situativ           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zur eigenen Person | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- desorientiert, braucht Überwachung (ohne Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung (hohe Weglauftendenz)

Wie äussert sich dies konkret und welche Massnahmen/Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

## Affektregulierung und Impulskontrolle

| Verhalten  | häufig                | öfters                | zeitweise             | selten                |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Verhalten und Psyche sind adäquat |                       |                       |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> Unruhe am Tag                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in der Nacht               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> stimmungslabil                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> unkooperativ                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> aggressiv                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> zurückgezogen                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> niedergeschlagen                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> depressiv                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> apathisch                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> euphorisch                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> distanzlos                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie äussert sich dies konkret und welche Massnahmen/Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

## Sozialverhalten und Integration

---

- sozialer Kontakt unbeeinträchtigt
- genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- keine Verständigung möglich

- Sprachstörung                       stark    mittel    schwach
- Sehschwäche                         trägt Brille    trägt Lesebrille
- Hörschwäche                         trägt Hörgerät /e:    links    rechts    beidseitig

Wie äussert sich dies konkret und welche Massnahmen / Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

- Schlaf gestört                       ja    nein
- Einschlafstörung
- Durchschlafstörung

Aufstehen:                      Wann? \_\_\_\_\_                      Abweichungen? \_\_\_\_\_  
Zu Bett gehen:                      Wann? \_\_\_\_\_                      Abweichungen? \_\_\_\_\_

Welche Massnahmen / Hilfsmittel (Rituale) sind nötig?

---

---

---

Ist das Verrichten von Haushaltsarbeiten wie z.B. Betten, Abstauben, Wäsche versorgen oder Einkaufen, Kochen noch möglich?

---

---

---

Aktuelle Betreuungsmassnahmen (nicht medikamentös)?

---

---

---

Aktuelle psychische Verfassung?

---

---

---

## 2 Mobilität, Motorik, Sensorik

---

- selbstständiges Gehen und Treppensteigen möglich
- selbstständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen
- selbstständiges Gehen in Begleitung möglich

|  | in Begleitung         | selbstständig         |
|--|-----------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehstöcke                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Rollator                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Gehböckli                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> andere Gehhilfen? Welche? |                       |                       |
| <input type="checkbox"/> Nutzen des Liftes?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Nutzen der ÖV?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Spezifische Bemerkungen dazu?

---

---

---

- selbstständiger, sicherer Transfer möglich (z.B. Stuhl aufstehen/absitzen)
- leichte Unterstützung durch Pflegeperson
- Transfer mit viel Unterstützung einer Pflegeperson
- kein Transfer möglich, braucht mehrere Pflegepersonen
- bettlägerig
- Lagerungen? Welche? \_\_\_\_\_
- Prophylaxen? Welche?  Dekubitus  Thrombose  Pneumonie  Kontraktur

Welche Massnahmen/Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

## 3 Körperpflege

---

### Persönliche Hygiene/Körperpflege

---

- Körperpflege (inkl. Nagelpflege, Haare waschen, frisieren, rasieren) selbstständig möglich
- teilweise möglich, partielle Unterstützung nötig
- im Bett/Lavabo teilweise möglich, Unterstützung in beträchtlichem Mass nötig
- Ganzwäsche im Bett durch Pflegeperson

Badet gerne, wie oft? \_\_\_\_\_  Duscht gerne, wie oft? \_\_\_\_\_

Welche Massnahmen/Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

## An- und Auskleiden

---

- selbstständig
- Anleitung durch Pflegeperson  Oberkörper  Unterkörper
- partielle Unterstützung durch Pflegeperson  Oberkörper  Unterkörper
- viel Unterstützung durch Pflegeperson  Oberkörper  Unterkörper
- vollständig auf Pflegeperson angewiesen

Welche Massnahmen/Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

## Ausscheidung/Toilette

---

- WC-Benützung alleine möglich
- WC-Benützung mit Pflegeperson
- auf Nachtstuhl angewiesen
- auf Nachtflasche oder Topf angewiesen
- Urininkontinent Benötigt Inkontinenzmaterialien, welche? \_\_\_\_\_
- Dauerkatheter Versorgung:  mit Unterstützung  selbstständig
- Cystofix Versorgung:  mit Unterstützung  selbstständig
- Anus praeter Versorgung:  mit Unterstützung  selbstständig
- Stuhlinkontinent Inkontinenzmaterialien, welche? \_\_\_\_\_
- Stuhlgangrhythmus/Rituale/Gewohnheiten (z.B. Einläufe)? Welche? \_\_\_\_\_  
zuletzt Stuhlgang am: \_\_\_\_\_

Welche Massnahmen/Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

## 4 Essen und Trinken

---

### Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

---

- Normalkost  ganze Portion  1/2 Portion
- Diabetes  Diät quantitativ  Diät qualitativ  Andere Diät, welche? \_\_\_\_\_
- isst selbstständig
- trinkt selbstständig
- Nahrung zerkleinern
- isst teilweise allein, partielle Unterstützung nötig
- trinkt teilweise allein, partielle Unterstützung nötig
- Essen eingeben
- Trinken eingeben
- Schluckstörung  feste Nahrung  flüssige Nahrung
- Zahnprothese  Vollprothese  oben  unten
- Zahn-/Prothesenpflege  Teilprothese  oben  unten
- Zahn-/Prothesenpflege  selbstständig  mit Unterstützung  Übernahme

Spezifische Bemerkungen dazu? Welche Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

## 5 Medizinische Pflege

---

### Medikation und Schmerzmanagement

---

Aktuelle medikamentöse Verordnungen

---

---

---

|   | selbständig              | mit Unterstützung          | Übernahme             |
|---|--------------------------|----------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamente bestellen                              | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Medikamente bereitstellen                          | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Medikamente einnehmen                              | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Injektionen s.c. (inkl. Pen)                       | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Kapillare Blutentnahme (Blutzuckerbestimmung)      | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Schmerzeinschätzung mittels Skalen und Gesprächen: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                       |

Spezifische Bemerkungen dazu? Welche Hilfsmittel sind nötig?

---

---

---

### Wund- und Hautversorgung

---

Aktuelle Wunden? Beschreibung: welche und wo? Behandlungsplanung? Schema? Rhythmus Verbandwechsel?

---

---

---

### Atmung und Sauerstoffregulierung

---

- |   |                                |                                      |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dyspnoe:                                     | <input type="radio"/> bei Ruhe | <input type="radio"/> in Anstrengung |
| <input type="checkbox"/> Unterstützende Massnahmen beim Abhusten      | <input type="radio"/> ja       | <input type="radio"/> nein           |
| <input type="checkbox"/> Verabreichen und Überwachen von Inhalationen | <input type="radio"/> ja       | <input type="radio"/> nein           |
| <input type="checkbox"/> Verabreichen von Sauerstoff (O2)             | <input type="radio"/> ja       | <input type="radio"/> nein           |

Spezifische Bemerkungen dazu?

---

---

---

Ort:

Unterschrift:



Alters- und Pflegezentrum

**STAMMERTAL**

Kirchweg 2 • 8477 Oberstammheim • T 052 744 11 44 • F 052 744 11 45  
verwaltung@apz-stammertal.ch • www.apz-stammertal.ch