

Information für das Betreuungsteam

Name Patientin/Patient: _____

Bezugspersonen:

	Name:	Telefon Festnetz:	Telefon Mobil:
Partnerin/Partner:	_____	_____	_____
Tochter/Sohn:	_____	_____	_____
Andere:	_____	_____	_____

Hausärztin/Hausarzt (Name und Telefonnummer):

Muttersprache:

Patientenverfügung beiliegend (falls vorh.) ja nein

Vorsorgevollmacht beiliegend (falls vorh.) ja nein

Medikamentenliste und Liste der
Unverträglichkeiten beiliegend ja nein

Patientin/Patient möchte gerne mit folgendem Namen
angesprochen werden:

Andere Sprachen:

Externe Hilfe zu Hause (Spitex, Tagesstätte etc.):

Medikamente*:	Dosierung:	Bemerkung:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

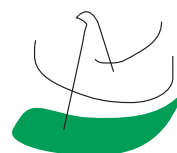
*Alternativ Medikamentenkarte mitbringen

Das Sprachverständnis ist...

- weitgehend erhalten auf Gesten beschränkt
 eingeschränkt auf kurze Sätze
 nicht mehr vorhanden beschränkt

Die Sehfähigkeit ist...

- weitgehend erhalten leicht eingeschränkt
 stark eingeschränkt Patient/in trägt Brille



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Die Sprechfähigkeit ist...

- weitgehend erhalten
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- nicht mehr vorhanden

Die Hörfähigkeit ist...

- weitgehend erhalten
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- Patient/in trägt Hörgerät
 - links rechts

Mobilität:

- geht selbstständig
- geht in Begleitung
- ist unsicher
- Gehhilfe: _____
- stürzt oft
- stürzt in folgenden Situationen: _____

Essen und Trinken: Patientin/Patient...

- isst selbstständig
- isst mit Besteck
- trinkt selbstständig
- isst mit den Fingern
- braucht Anleitung
- braucht püriertes Essen
- verschluckt sich
- Essen muss klein geschnitten sein
- Essen eingeben
- trägt Zahnprothese

Bevorzugte Speisen und Getränke:

Abneigungen, Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln:

Toilette: Patientin/Patient...

- ist selbstständig
- braucht Hilfe
- braucht Erinnerung
- ist inkontinent

Körperpflege:

- selbstständig
- mit Hilfe

Baden:

- selbstständig
- mit Hilfe

Duschen:

- selbstständig
- mit Hilfe

Welche Hilfe: _____

Hautprobleme, Allergien, Empfindlichkeiten?

Gewohnheiten, die beachtet werden sollten (z. B. Tagesrhythmus):

Schlaf:

- schläft gut
- Einschlafschwierigkeiten
- Durchschlafschwierigkeiten
- Tag-/Nachtrhythmus durcheinander
- Schlafzeiten in der Regel von _____ bis _____ Uhr

Verhalten, Besonderheiten:

- Tendenz zum Weglaufen
- überschätzt sich selbst
- möchte Körperkontakt (z. B. Hand halten)
- akzeptiert Hilfe

Frühere Tätigkeiten (Beruf etc.):

Patientin/Patient hat an folgenden Orten gelebt:

Freut sich über/beschäftigt sich gerne mit:

Spricht gerne über:

Ärgert sich häufig über:

Wird unruhig wenn:

Hat Angst wenn:

Lässt sich beruhigen durch:

Bitte bringen Sie dieses Dokument beim Spitaleintritt mit oder senden Sie es vorab an **Spital Zollikerberg, Patientendisposition, Trichtenhauserstrasse 20, 8125 Zollikerberg** oder per E-Mail an **disposition@spitalzollikerberg.ch**