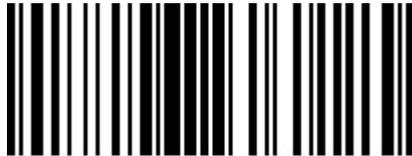


Universitätsspital Basel  
Petersgraben 4, CH-4031 Basel  
Telefon +41 61 265 25 25, Fax +41 61 265 20 20  
servicecenter.earchiv@usb.ch



10087

Ausgefüllt am ..... von .....

### 1. Persönliche Angaben Patientin, Patient

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

Assistenzperson ..... Telefon .....

Betreuungs- resp. Begleitperson Institution  Angehörige  Eltern  Geschwister  Kind

Beistand, anderes

Institution ..... Telefon .....

Betreuungsperson ..... Telefon .....

Erziehungsperson ..... Telefon .....

Angehörige, Angehöriger ..... Telefon .....

Zu benachrichtigende Person ..... Telefon .....

### 2. Nicht medizinische Angaben

#### Beeinträchtigung

körperlich-motorische Beeinträchtigung  Sehbehinderung  Hörbehinderung  Hirnverletzung  
 kognitive Beeinträchtigung  psychische Beeinträchtigung  Mehrfachbehinderung

#### Kommunikation

einfache Sprache  gesprochene Sprache  langsames Sprechen, Gesichtskontakt  Gebärdensprache  
 Mimik, Gestik  Fremdsprachen: .....

#### Unterstützte Kommunikation

Papier  Computer  Symbole/Piktogramme  Anderes: .....

#### Freiheitsentziehende Massnahmen

nicht bewilligt  bewilligt  Massnahmen: .....

### 3. Medizinisch-pflegerische Angaben

Bestehende Diagnose  Nein  Ja: .....

Medikamente  Nein  Ja: .....

Substanzabhängigkeit  Nein  Ja: .....

Allergien  Nein  Ja, Lebensmittel: .....

Ja, andere: .....

#### Empfehlungen, vorformuliertes Versorgungsprojekt / Patientenverfügung

Nein  Ja (wenn ja, bitte dem Formular beifügen)

#### Risiken

Weglaufen  Sturz  Spastik  Selbstverletzung  Fremdaggressivität  Panikattacken

#### Gewohnte Medikation und Dosierung

Behandlungskarte und besondere Behandlungsmittel mitnehmen/mitgeben (in der Originalverpackung!)

Bereits aufgrund von Dringlichkeit verabreichte Medikamente: .....

Medizinische/chirurgische Vorgeschichte: .....

Impfungen (Tetanus, Grippe etc.): .....

#### Ausscheidung

Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz  Einlagen  Windeln  Auflagen  Kondom  Urinsonde  
 Anderes: .....

**Epilepsie**

Auslösende Faktoren: .....  
Anfallsverlauf (erste Anzeichen, Manifestationen usw.): .....  
Dauer der Anfälle: .....  
Häufigkeit der Anfälle: .....  
 Verhaltensweise bei Anfall und Behandlung (gemäss Behandlungskarte, dem Formular beizufügen)

**Versorgung Atmung**

O<sub>2</sub>-Zufuhr, Liter/min = .....  Anderes: .....

**Mobilität** (Einschränkung der Beweglichkeit) ..

Einschränkung Nein  Einschränkung Ja  
 Selbständig Ja  Selbständig mit Hilfsmittel  Selbständig ohne Hilfsmittel  
 Selbständig Nein  Hilfsmittel Ja  Hilfsmittel nein  
 Sitzt  Steht  Geht  was ist noch möglich?: .....

**Ernährung**

Schwierigkeiten beim Schlucken  Gastrostoma  Ejunostoma  
Ernährungsform/Diät: .....

**Besonders zu überwachen**

Haut  Stuhlgang  Anderes: .....

**4. Besondere Vorkehrungen**

**Empfehlungen zur Kontaktherstellung mit der Person**

(beispielsweise: erträgt Berührungen, Lärm, Anblicken, zu nahen Abstand usw. nicht)

.....  
Üblicher Ausdruck von 1. Schmerz: .....  
2. Angst: .....  
3. Unbehagen: .....  
4. Ablehnung: .....  
5. Wohlbefinden: .....

**Betreuung** (Vorgehensweise)

1. ....  
2. ....  
3. ....

**5. Zusätzliche Erfordernisse**

**Bereitzustellen**

Einzelzimmer  Zweibettzimmer  Bett für Assistenz-/Begleitperson  Angepasstes Bett/Spezialbett  
 Bettgitter  Schutzhelm  Stützkissen  Fixierung  Schienen  Handrollstuhl  Elektrorollstuhl  
 Rollator  Anderes: .....

**Bringt folgendes mit**

Sehhilfe/Brille  Führ-/Assistenzhund  Hörhilfe/Hörgerät  Schutzhelm  
 Angepasstes Bett/Spezialbett  Transferhilfe  Übergangsobjekt  Stützkissen  Fixierung  
 Schienen  Handrollstuhl  Elektrorollstuhl  Rollator  Persönliches (Skills) / Anderes: .....

**Rücktransport**

möglichst frühzeitige Verständigung der Institutionen hinsichtlich des Rücktransports  
 Reservierung des Rücktransports im Krankenwagen durch die USB auf Verordnung  
 sitzend  liegend

**6. Anmerkungen**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....