

KONTAKTPERSONEN

Name und Telefonnummer:

Familie:

Foyer:

PERSÖNLICHE DATEN

Name:	.....	Geboren am:	<input type="checkbox"/> Französisch
Vorname:	.....	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Deutsch
Gebrauchsname:	.....	Größe:	<input type="checkbox"/> Italienisch
Adresse:	.....	Gewicht:	<input type="checkbox"/> Andere

Kurze Beschreibung des allgemeinen Zustands des Patienten, seiner Interaktion mit seiner Umgebung und des benötigten Unterstützungsbedarfs:

.....
.....

REISE

ja nein

- ☐ ☐ Kann die Flugzeugstreppe hinaufsteigen
- ☐ ☐ Eigener beschrifteter Rollstuhl (Kissen und Fußkeil beschriftet)
- ☐ ☐ Elektrischer Stuhl
- ☐ ☐ Beschrifteter Rollator
- ☐ ☐ Beschriftete Stöcke
- ☐ ☐ Rollstuhl am Flughafen (Bodenhilfe)

<input type="checkbox"/> Manueller Stuhl	Marke:	Grösse:	Gewicht:
<input type="checkbox"/> Elektrischer Stuhl	Marke:	Grösse:	Gewicht:
<input type="checkbox"/> Trockenbatterie	Marke:	Grösse:	Gewicht:

Abonnement der SBB ☐ GA ☐ ½ Tarif ☐ Kein Abonnement ☐ Begleitkarte gratis

Abflughafen: ☐ Genf ☐ Zürich ☐ Milano ☐ keine **Ankunftsflughafen:** ☐ Genf ☐ Zürich ☐ Milano ☐ keine

HOME SAINT-FRAI

ja nein

- ☐ ☐ Anti-Dekubitus-Matratze
- ☐ ☐ Rechts/Links-Schranke
- ☐ ☐ Verticalisator mit persönlichem Gurt
- ☐ ☐ Elevator

KOMMUNIKATION

ja nein

- ☐ ☐ autonom zu sehen
- ☐ ☐ autonom zu hören
- ☐ ☐ selbstständig zu Sprechen
- ☐ ☐ Sprachstörungen
- ☐ ☐ Hörgeräte
- ☐ ☐ Brille
- ☐ ☐ Andere :
.....

PSYCHISCHER ZUSTAND

ja nein

- ☐ ☐ Zeitlich orientiert
- ☐ ☐ Räumlich orientiert
- ☐ ☐ Ruhig
- ☐ ☐ Mäßige Erregung
- ☐ ☐ Mäßige Angst
- ☐ ☐ Mäßige Aggressivität
- ☐ ☐ Gedächtnisstörungen
- ☐ ☐ Andere :
.....

MOBILISIERUNG

ja nein

- ☐ ☐ autonom
- ☐ ☐ Hilfe beim Aufstehen/Bettgehen
- ☐ ☐ Hilfe beim Gehen
- ☐ ☐ Hilfe beim Transfer
- ☐ ☐ Sturzgefahr
- ☐ ☐ Fluchtgefahr
- ☐ ☐ Schienen
- ☐ ☐ Andere :
.....

HYGIENE / KLEIDUNG

ja nein

- ☐ ☐ autonom
- ☐ ☐ Hilfe beim Waschen
- ☐ ☐ Ganzkörperttoilette
- ☐ ☐ Hilfe beim Anziehen / ausziehen
- ☐ ☐ Hilfe beim Frisieren / Rasieren
- ☐ ☐ Zahnersatz
- ☐ ☐ Andere :
.....

ERNÄHRUNG

ja nein

- ☐ ☐ autonom
- ☐ ☐ Essenshilfe
- ☐ ☐ Diabetesdiät
- ☐ ☐ vegetarische Ernährung
- ☐ ☐ Vegan
- ☐ ☐ Glutenfrei
- ☐ ☐ Andere Regelung :
.....
- ☐ ☐ Gehackt
- ☐ ☐ flüssig
- ☐ ☐ Alkohol
- ☐ ☐ PEG-Sonde
- ☐ ☐ Andere :
.....
- ☐ ☐ Nahrungsmittelallergien :
.....

AUSSCHIEDUNG

ja nein

- ☐ ☐ autonom
- ☐ ☐ zum WC bringen
- ☐ ☐ Becken/Urinal geben
- ☐ ☐ Inkontinenz / Vorlagen
- ☐ ☐ Blasenkatheter
- ☐ ☐ Suprapubisch
- ☐ ☐ Entleeren urinifac morgens und abends
- ☐ ☐ Einmalkatheter
- ☐ ☐ Urostoma
- ☐ ☐ Stoma
- ☐ ☐ Dialyse
- ☐ ☐ Kontrolle der Darmtransit
- ☐ ☐ Andere :
.....

ATMUNG

ja nein

- ☐ ☐ autonom
- ☐ ☐ CPAP / Nacht
- ☐ ☐ BIPAP / Nacht
- ☐ ☐ Andere :
.....

NACHT

ja nein

- ☐ ☐ Schlafen lassen
- ☐ ☐ Becken / Urinflache leeren
- ☐ ☐ zum WC bringen
- ☐ ☐ den Schutzeinlag wechseln
- ☐ ☐ die Position ändern
- ☐ ☐ Positionskissen

NACHT (FORTSETZUNG)

ja nein

- ☐ ☐ Besondere Einrichtung :
.....
- ☐ ☐ rechte / linke Schranke
- ☐ ☐ die Prothesen entfernen
- ☐ ☐ Andere :
.....

MEDIKAMENTE

In einem namentlich gekennzeichneten Wochenplan, in Blisterpackungen, außer in der Apotheke hergestellte Präparate.

Liste der Medikamente OBLIGATORISCH.

☐ allein verwaltet

☐ von der Krankenschwester verwaltet

ANDERE BEHANDLUNGEN

ja nein

- ☐ ☐ antikoaguliert
- ☐ ☐ Antiepileptikum
- ☐ ☐ Allergien :
.....
- ☐ ☐ Verbände :
.....
- ☐ ☐ Schmerz(en) :
.....
- ☐ ☐ Andere :
.....

ja nein

- ☐ ☐ Insulininjektion s/c
- ☐ ☐ Pumpe

ja nein

- ☐ ☐ Portakatheter
- ☐ ☐ Shunt (arterio-venös)

Ort und Datum :

Unterschrift :

.....

.....

Bitte fügen Sie diesem Dokument eine beidseitige Kopie eines gültigen Ausweisdokuments des Kranken bei.

Bitte bis spätestens **24 février 2026** zurücksenden