

KONTAKTPERSONEN

Name und Telefonnummer:

Familie:

Foyer:

PERSÖNLICHE DATEN

Name:

Geboren am:

Französisch

Vorname:

Geschlecht:

Deutsch

Gebrauchsname:

Größe:

Italienisch

Adresse:

Gewicht:

Andere

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

.....

.....

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	<input type="checkbox"/> GA	<input type="checkbox"/> ½ Tarif	<input type="checkbox"/> Kein Abonnement	<input type="checkbox"/> Begleitkarte gratis
Abflughafen:	<input type="checkbox"/> Genf	<input type="checkbox"/> Zürich	<input type="checkbox"/> Milano	<input type="checkbox"/> keine
Ankunftsflughafen:	<input type="checkbox"/> Genf	<input type="checkbox"/> Zürich	<input type="checkbox"/> Milano	<input type="checkbox"/> keine

HOME SAINT-FRAI

ja nein

- Anti-Dekubitus-Matratze
- Rechts/Links-Schanke
- 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
 Ganzkörpertoilette
 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 :
.....

AUSSCHEIDUNG

ja nein

- autonom
 zum WC bringen
 Becken/Urinal geben
 Inkontinenz / Vorlagen
 Blasenkatheter
 Suprapubisch
 Entleeren uriniflac 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