

Anamneseraster für sozialmedizinische Koordination Ambulant



A. Personendaten & Kontakte

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon / Handy-Nr:

Patientenverfügung: vorhanden nicht vorhanden unbekannt Vorsorgeauftrag: vorhanden nicht vorhanden unbekannt

Sprache / Kommunikationsform:

Dolmetschbedarf: vorhanden nicht vorhanden unbekannt

Hausarzt / Hausärztin:

Telefon:

Angehörige / Vertrauensperson (Name, Rolle):

Telefon:

Ersterfassung durch:

Datum Erfassung:

B. Erstkontakt & Auslöser

Wer hat den Klienten angemeldet? Klient selbst Hausärztin Spital Angehörige Spitex Sozialdienst Andere

Auslöser / Grund der Anmeldung:

Kurzbeschreibung der Situation:

Dringlichkeit: sofort (<24h) kurzfristig (< 1 Woche) mittelfristig (< 1 Monat)

Anamneseraster für sozialmedizinische Koordination



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ziele & Wünsche der Person

Was möchte die Person erreichen / erhalten?

Was möchte die Person erreichen / erhalten?

Bereit, Unterstützung anzunehmen? ja teilweise nein unklar

Bemerkungen zu Wünschen / Vorbehalten:

B. Medizinisch-pflegerischer Bedarf

Hauptdiagnose(n): _____

Relevante Nebendiagnosen: _____

Palliative Situation: Ja Nein Unklar

Kognition: orientiert leichte Einschränkung Demenz unklar

Sturzrisiko: niedrig mittel hoch

Schmerzmanagement nötig?: Ja Nein

Verbandswechsel / Wundversorgung nötig?: _____

Injektionen / Infusionen nötig?: Ja Nein

Ernährungssonde vorhanden?: Ja Nein

Katheder vorhanden?: Ja Nein

Stoma vorhanden?: Ja Nein

Weiteres: _____

Anamneseraster für sozialmedizinische Koordination



Name:

Geburtsdatum:

C. Soziales Netz & Ressourcen

Angehörige (wer, wie oft, welche Kapazität?):

Telefon / Handy-Nr:

Nachbarschaftshilfe vorhanden?: Ja Nein

Telefon / Handy-Nr:

Freiwilligendienste bereits organisiert?: Ja Nein

Telefon / Handy-Nr:

Welche?

Sprache / Kommunikationsform:

Dolmetschbedarf: vorhanden nicht vorhanden unbekannt

Tagesstruktur (Tagesstätte / Verein / Beschäftigung):

Kulturelle / religiöse Besonderheiten relevant?:

D. Aktuell laufende Unterstützung

Angebot	Anbieter	Häufigkeit	Kontaktperson
Spitex Pflege			
Spitex Haushalt			
Mahlzeitendienst			
Fahrdienst			
Tagesstätte			
Freiwilligendienst			
SOMEKO			
Sozialberatung			
Andere			

Weiteres:

Anamneseraster für sozialmedizinische Koordination



Name: _____

Geburtsdatum: _____

E. Wohnsituation

Wohnform: allein mit Partner:in WG betreutes Wohnen **Treppenstufen beim Eingang?** **Stockwerk / Lift vorhanden?**

andere: _____

Badezimmer: Badewanne Dusche Handläufe vorhanden Handläufe nötig

Haustiere: Ja Nein

Wer sorgt sich um das Haustier? _____

F. Alltagskompetenzen & Unterstützungsbedarf

Für jeden Bereich: *selbstständig / mit Unterstützung / nicht möglich / unbekannt*

Körperpflege

Waschen / Duschen / Zahnpflege / Haarpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt

Mobilität

Gehen, Treppensteigen, Transfers	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Hilfsmittel vorhanden (Rollator / Rollstuhl / Gehstock)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Hilfsmittel nötig, aber noch nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt

Ernährung & Haushalt

Kochen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Einkaufen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Putzen / Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Mahlzeitendienst bereits organisiert?	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt

Finanzen & Administration

Rechnungen / Finanzverwaltung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Ergänzungsleistungen / Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Krankenkasse: Grundversicherung / Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Beratungsstelle (ProSenectute, KESB etc.)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt

Medikamente

Medikamentenliste aktuell vorhanden?	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Selbständige Einnahme möglich?	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Medikamentendispenser vorhanden oder nötig?	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt
Medikamentenbezug möglich?	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> unbekannt

Anamneseraster für sozialmedizinische Koordination



Name: _____

Geburtsdatum: _____

G. Koordinationsziele & nächste Schritte

Was soll mit dieser Koordination erreicht werden?

Nächste konkrete Schritte (wer macht was bis wann?):

- 1 Woche 2 Wochen 1 Monat 3
Monaten nach Bedarf

Nächstes gemeinsames Gespräch / Fallbesprechung:

Situation wird überprüft nach: 1 Woche 2 Wochen 1 Monat 3 Monate Nach Bedarf

H. Raum für Notizen bei Veränderungen - alle beteiligten Akteure können hier ergänzen

Datum	Rolle	Beobachtung / Anpassung / Massnahme