

# Gesundheitsbefragung durch das Pflegepersonal bei Eintritt in den Freiheitsentzug

**NAME:**  
**Vorname:**  
**Geboren am:**

Gespräch geführt am:  
 Von:  
 Unterschrift:

PG*	1. Soziale Situation		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b> *	1.1	Nationalität			
	1.2	Gesprochene Sprache			
<b>B</b> *	1.3	Zivilstand	Auswirkung des Freiheitsentzugs auf das Paar?		
	1.4	Waren Sie bereits einmal in Haft?	Ja	Nein	Wo?
	1.5	Haben Sie Kinder?	Ja	Nein	Wie viele? Wer kümmert sich um sie?
<b>C</b> *	1.6	Haben Sie einen festen Wohnsitz?	Ja	Nein	Wo?
	1.7	Üben Sie eine Berufstätigkeit aus?	Ja	Nein	Welche?
			Ja	Nein	Zurzeit?

PG	2. Selbstbeurteilung	
<b>A</b>	2.1	Wie beurteilen Sie insgesamt Ihre Gesundheit <u>in den letzten zwei Wochen</u> ? <input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Keine Antwort

PG	3. Körperliche Gesundheit		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b>	3.1	Leiden Sie an einer chronischen Krankheit?	Ja	Nein	An welcher?
	3.2	Haben Sie Asthma?	Ja	Nein	Behandlung?
	3.3	Fühlen Sie sich zurzeit krank oder haben Sie Schmerzen?	Ja	Nein	In welchem Teil der Körpers? Handelt es sich um die Folge eines Unfalls?
	3.4	Haben Sie Allergien (Lebensmittel, Medikamente, Pollen, ...)?	Ja	Nein	Auf welche Stoffe? Wie äussert sich das bei Ihnen?
	3.5	Frau: Sind Sie schwanger?	Ja	Nein	Seit wann?
	3.6	Frau: Ist Ihre Menstruation regelmässig?	Ja	Nein	

PG	4. Erkennung von Tuberkulose		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b>	4.1	Leiden Sie an Husten?	Ja	Nein	
		Seit mehr als drei Wochen?	Ja	Nein	
	4.2	Falls ja: Haben Sie beim Husten Auswurf?	Ja	Nein	Blut?
	4.3	Haben Sie in den letzten drei Wochen Gewicht verloren?	Ja	Nein	Wie viele kg? Was ist Ihrer Ansicht nach der Grund?
	4.4	Schwitzen Sie nachts stark? Fühlen Sie sich fiebrig?	Ja	Nein	
	4.5	Waren Sie wegen Tuberkulose in Behandlung?	Ja	Nein	Wann? Wie lange?
	4.6	Hatte jemand aus Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld Tuberkulose?	Ja	Nein	Wer?
4.7	Wo haben Sie in den letzten sechs Monaten gewohnt?				

PG	5. Psychische Gesundheit		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b>	5.1	Fühlen Sie sich sehr angespannt, ängstlich?	Ja	Nein	
	5.2	Waren Sie schon einmal bei einer Psychiaterin oder einem Psychologen in Behandlung?	Ja	Nein	Wann? Wo? Ihr/sein Name?
		Wegen welchem Problem? Hat Ihnen die Psychiaterin eine Diagnose mitgeteilt?			
		Haben Sie dafür Medikamente erhalten?	Ja	Nein	Welche?
		Waren Sie dafür in stationärer Behandlung?	Ja	Nein	Wann? Wo?
	5.3	Haben Sie irgendwann einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?	Ja	Nein	Zurzeit vorhandene Suizidgedanken?
<b>B</b>	5.4	Haben Sie sich im vergangenen Jahr körperliche Schmerzen zugefügt?	Ja	Nein	

<b>A</b>	5.5	Wissen Sie, ob der Richter eine besondere Entscheidung in Bezug auf Ihre medizinische Behandlung getroffen hat?	Ja	Nein	Massnahme? Welche?
<b>PG</b>	<b>6. Gewalt</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>A</b>	6.1	Waren Sie kürzlich Gewalt <u>ausgesetzt</u> ?	Ja	Nein	
	6.2	Falls ja, ging die Gewalt von den Behörden aus?	Ja	Nein	Polizei, Begleit-, Wachpersonal, ...
<b>B</b>		Falls ja, ging die Gewalt von jemandem in Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld aus?	Ja	Nein	Von wem?
<b>A</b>	6.3	Sind Sie damit einverstanden, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt die Verletzungen ansieht?	Ja	Nein	
<b>B</b>	6.4	Haben Sie selbst kürzlich Gewalt <u>ausgeübt</u> ?	Ja	Nein	Wann?
<b>PG</b>	<b>7. Substanzmissbrauch</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkungen</b>
	<b>Tabak – Cannabis</b>				
<b>A</b>	7.1	Rauchen Sie mindestens <b>1 Zigarette</b> /Tag?	Ja	Nein	Wie viele?
	7.2	Haben Sie schon daran gedacht oder versucht, mit Rauchen aufzuhören?	Ja	Nein	
	7.3	Gebrauchen Sie mindestens 2x/Wo. <b>Cannabis</b> , wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Wie oft? Wann zum letzten Mal?
	<b>Alkohol: Fragebogen AUDIT-C</b>				
<b>A</b>	7.4	Wie oft nehmen Sie Getränke zu sich, die <b>Alkohol</b> enthalten? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> nie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ≤ 1x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 2-4x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2-3x/Woche <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> ≥ 4x/Woche			
	7.5	Wie viele Gläser trinken Sie in der Regel an den Tagen, an denen Sie Alkohol zu sich nehmen? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1-2 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 3-4 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 5-6 <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 7-9 <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 10 oder mehr			
	7.6	Wie oft kommt es vor, dass Sie im Verlauf eines Anlasses sechs oder mehr Gläser trinken? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> nie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> < 1x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 1x/Woche <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> > 1x/Woche			
		Übermässiger Konsum?	Ja	Nein	(Männer: ≥5; Frauen: ≥4 Punkte)
	7.7	Falls übermässiger Konsum: Wann haben Sie zuletzt Alkohol getrunken?			
	<b>Kokain – Opiate – Benzodiazepine – andere; Komorbiditäten</b>				
<b>A</b>	7.8	Haben Sie im Verlauf Ihres Lebens schon einmal <b>Kokain</b> konsumiert?	Ja	Nein	
		Wie (geschnupft, geraucht, injiziert)?	Ja	Nein	Eingegangenes Risiko (Infektionskrankheit)?
	7.9	Haben Sie in den letzten 30 Tagen Kokain konsumiert?	Ja	Nein	Wann zum letzten Mal?
	7.10	Haben Sie im Verlauf Ihres Lebens schon einmal <b>Heroin</b> oder <b>auf dem Schwarzmarkt beschafftes Methadon</b> konsumiert?	Ja	Nein	
		Wie (geschnupft, geraucht, injiziert, getrunken)?	Ja	Nein	Eingegangenes Risiko (Infektionskrankheit)?
	7.11	Haben Sie in den letzten 30 Tagen einen dieser Stoffe konsumiert?	Ja	Nein	Wann zum letzten Mal?
	7.12	Haben Sie eine Methadon- oder eine andere Substitutionsbehandlung erhalten?	Ja	Nein	Bis wann? Durch wen? OK für Kontaktaufnahme? (ENTBINDUNG VOM ARZTGEHEIMNIS!)
	7.13	Wurde bei Ihnen ein <b>Hepatitis-</b> oder ein <b>HIV-Test</b> durchgeführt?	Ja	Nein	Wann? Wo? OK für eine Kopie des Resultats? (ENTBINDUNG VOM ARZTGEHEIMNIS!)
	7.14	Sind Sie gegen Hepatitis geimpft?	Ja	Nein	Impfausweis?
	7.15	Nehmen Sie regelmässig <b>Beruhigungsmittel</b> (BZD) <u>ohne</u> ärztliche Überwachung ein, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Art der Beruhigungsmittel? Wie viel?
<b>B</b>	7.16	Konsumieren Sie regelmässig andere Substanzen, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Art der Substanz? Wie viel?

PG	8. Impfungen		Ja	Nein	Bemerkungen
C	8.1	Wissen Sie, ob Sie ausreichend geimpft sind?	Ja	Nein	
	8.2	Haben Sie einen Impfausweis?	Ja	Nein	Lässt Ausweis bringen?
	8.3	Möchten Sie Ihre Impfungen während Ihres Aufenthalts ergänzen lassen?	Ja	Nein	

PG	9. Täglich einzunehmende Medikamente				
A					
	9.1	Haben Sie Ihre Medikamente heute eingenommen/erhalten?	Ja	Nein	
	9.2	Sind Ihre Medikamente in Ihrem Gepäck?	Ja	Nein	

PG	10. Medizinische Behandlung				
A	10.1	Sind Sie in medizinischer Behandlung, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Bei wem? Wo?
	10.2	Gestatten Sie uns, ihn/sie zu kontaktieren, um ergänzende Informationen zu erhalten?	Ja	Nein	(ENTBINDUNG VOM ARZTGEHEIMNIS!)

11. Ergänzende Angaben					
<b>Resultate der klinischen Untersuchung</b>					
Puls	BD	T°	Gewicht	Grösse	BMI
Schmerzskala	Blutzucker				
Andere:					
<b>Im Rahmen der Befragung abgegebene Medikamente:</b>					
<b>Bemerkungen:</b>					

\* PG: Prioritätsgrad (A: muss zwingend für alle inhaftierten Personen in allen Institutionen ausgefüllt werden; B: empfohlen, C: fakultativ).

# Gesundheitsbefragung durch das Pflegepersonal bei Eintritt – nach Änderung des Haftorts (Transfer)

NAME:  
Vorname:  
Geboren am:

Gespräch geführt am:  
Von:  
Unterschrift:

PG*	1. Soziale Situation		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b> *	1.1	Nationalität			
	1.2	Gesprochene Sprache			
<b>B</b> *	1.3	Zivilstand			
		Auswirkung des Freiheitsentzugs auf das Paar?	Ja	Nein	
<b>C</b> *	1.4	Haben Sie Kinder?	Ja	Nein	Wie viele?
	1.5	Haben Sie einen festen Wohnsitz?	Ja	Nein	Wo?
	1.6	Üben Sie eine Berufstätigkeit aus?	Ja	Nein	Welche? Sind Sie noch angestellt?

PG	2. Selbstbeurteilung und körperliche Gesundheit				
<b>A</b>	2.1	Wie beurteilen Sie insgesamt Ihre Gesundheit <u>in den letzten zwei Wochen</u> ? <input type="checkbox"/> Hervorragend <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht <input type="checkbox"/> Keine Antwort			
	2.2	Fühlen Sie sich zurzeit krank oder haben Sie Schmerzen?	Ja	Nein	In welchem Teil des Körpers? Handelt es sich um die Folge eines Unfalls?
	2.3	Frau: Ist Ihre Menstruation regelmässig?	Ja	Nein	Könnten Sie schwanger sein?

PG	3. Psychische Gesundheit				
<b>A</b>	3.1	Fühlen Sie sich sehr angespannt, ängstlich?	Ja	Nein	
	3.2	Waren Sie schon einmal bei einem Psychiater oder einem Psychologen in Behandlung?	Ja	Nein	Ihr/sein Name? Wo? OK für Kontaktaufnahme? (ENTBINDUNG VON ARTZGEHEIMNIS!)
		Wegen welchem Problem? Hat Ihnen der Psychiater eine Diagnose mitgeteilt?			
		Haben Sie dafür Medikamente erhalten?	Ja	Nein	Welche?
		Waren Sie dafür in stationärer Behandlung?	Ja	Nein	Wann? Wo? OK für eine Kopie des Berichts? (ENTBINDUNG VON ARTZGEHEIMNIS!)
	3.3	Haben Sie irgendwann einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?	Ja	Nein	Wann?
<b>B</b>	3.4	Haben Sie sich im vergangenen Jahr körperliche Schmerzen zugefügt?	Ja	Nein	Wie? Wann?
<b>A</b>	3.5	Wissen Sie, ob der Richter eine besondere Entscheidung in Bezug auf Ihre medizinische Behandlung getroffen hat?	Ja	Nein	Welche?

PG	4. Gewalt				
<b>A</b>	4.1	Waren Sie kürzlich Gewalt ausgesetzt?	Ja	Nein	
	4.2	Falls ja, ging die Gewalt von den Behörden aus?	Ja	Nein	
<b>B</b>		Falls ja, ging die Gewalt von jemandem in Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld aus?	Ja	Nein	Von wem?
<b>A</b>	4.3	Sind Sie damit einverstanden, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt die Verletzungen ansieht?	Ja	Nein	
<b>B</b>	4.4	Haben Sie selbst kürzlich Gewalt ausgeübt?	Ja	Nein	Wann?
	4.5	Waren Sie früher Gewalt ausgesetzt, unter der Sie heute noch leiden?	Ja	Nein	Möchten Sie in einem künftigen Gespräch mit einem Pflegenden darüber sprechen?

PG	5. Substanzmissbrauch		Ja	Nein	Bemerkungen
	<b>Tabak – Cannabis</b>				
<b>A</b>	5.1	Rauchen Sie mindestens 1 Zigarette/Tag?	Ja	Nein	Wie viele?
	5.2	Haben Sie schon daran gedacht oder versucht, mit Rauchen aufzuhören?	Ja	Nein	
	5.3	Gebrauchen Sie mindestens 2x/Woche Cannabis, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Wie oft? Wann zum letzten Mal?
	<b>Alkohol: Fragebogen AUDIT-C</b>				
<b>A</b>	5.4	Wie oft nehmen Sie Getränke zu sich, die Alkohol enthalten, wenn Sie nicht in Haft sind? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> nie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ≤ 1x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 2-4x/ Monat <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2-3x/Woche <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> ≥ 4x/Woche			
	5.5	Wie viele Gläser trinken Sie in der Regel an den Tagen, an denen Sie Alkohol zu sich nehmen? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1-2 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 3-4 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 5-6 <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 7-9 <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 10 oder mehr			
	5.6	Wie oft kommt es vor, dass Sie im Verlauf eines Anlasses sechs oder mehr Gläser trinken? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> nie <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> < 1x/Monat <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1x/ Monat <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 1x/ Woche <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> > 1x/Woche			
		Übermässiger Konsum?	Ja	Nein	(Männer: ≥5 ; Frauen: ≥4 Punkte)
	<b>Kokain – Opioide – Benzodiazepine</b>				
<b>A</b>	5.8	Haben Sie im Verlauf Ihres Lebens schon einmal Kokain konsumiert?	Ja	Nein	
	5.9	Wie (geschnupft, geraucht/in Basenform, injiziert)?	Ja	Nein	Eingegangenes Risiko (Infektionskrankheit)?
	5.10	Haben Sie in den letzten 30 Tagen Kokain konsumiert?	Ja	Nein	Wann zum letzten Mal?
	5.11	Haben Sie im Verlauf Ihres Lebens schon einmal Heroin oder auf dem Schwarzmarkt beschafftes Methadon konsumiert?	Ja	Nein	
	5.12	Wie (geschnupft, geraucht, injiziert, getrunken)?	Ja	Nein	Eingegangenes Risiko (Infektionskrankheit)?
	5.13	Haben Sie in den letzten 30 Tagen einen dieser Stoffe konsumiert?	Ja	Nein	Wann zum letzten Mal?
	5.14	Haben Sie eine Methadon- oder eine andere Substitutionsbehandlung erhalten?	Ja	Nein	Bis wann? Durch wen?
	5.15	Wurde bei Ihnen ein Hepatitis- oder ein HIV-Test durchgeführt?	Ja	Nein	Wann? Wo? OK für eine Kopie des Resultats? (ENTBINDUNG VON ARZTGEHEIMNIS!)
	5.16	Sind Sie gegen Hepatitis geimpft?	Ja	Nein	Impfausweis?
5.17	Nehmen Sie regelmässig Beruhigungsmittel ohne ärztliche Überwachung ein, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Art der Beruhigungsmittel? Wie viel?	

PG	6. Impfungen		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>C</b>	6.1	Wissen Sie, ob Sie ausreichend geimpft sind?	Ja	Nein	
	6.2	Haben Sie einen Impfausweis?	Ja	Nein	Lässt Ausweis bringen?
	6.3	Möchten Sie Ihre Impfungen während Ihres Aufenthalts ergänzen lassen?	Ja	Nein	




PG	7. Täglich einzunehmende Medikamente		Ja	Nein	Bemerkungen
<b>A</b>					
	7.1	Haben Sie Ihre Medikamente heute eingenommen/erhalten?	Ja	Nein	

PG	8. Medizinische Behandlung				
B	8.1	Sind Sie in medizinischer Behandlung, wenn Sie nicht in Haft sind?	Ja	Nein	Bei wem? Wo?
	8.2	Gestatten Sie uns, ihn/sie zu kontaktieren, um ergänzende Informationen zu erhalten?	Ja	Nein	ENTBINDUNG VON ARZTGEHEIMNIS!

PG	9. Ergänzende Angaben					
	<b>Resultate der klinischen Untersuchung:</b>					
	Puls	BD	T°	Gewicht	Grösse	BMI
	Schmerzskala	Blutzucker				
	Andere:					
	<b>Im Rahmen der Befragung abgegebene Medikamente:</b>					
	<b>Bemerkungen:</b>					

\*PG: Prioritätsgrad (A: muss zwingend für alle inhaftierten Personen in allen Institutionen ausgefüllt werden; B: empfohlen, C: fakultativ).

**Entbindung vom Berufsgeheimnis gegenüber der Leitung der Institution /  
 Levée du secret professionnel envers la direction de l'établissement**

Service médical de : Medizinischer Dienst von:		<b>Entbindung vom Berufsgeheimnis                  gegenüber der Leitung der Institution                  Levée du secret professionnel envers la                  direction de l'établissement</b>
		
		
		

Der Unterzeichnete .....,geb. ....,  
 z.Zt. in der Anstalt .....,  
 erklärt sich einverstanden, dass die folgenden Informationen:  
 .....  
 an die Leitung der Anstalt übermittelt werden dürfen.

Er befreit den medizinischen Dienst der oben genannten Anstalt zu diesem Zweck ausdrücklich vom Arztgeheimnis (nur für diese Informationen).




Ort, Datum: .....Unterschrift des Patienten: .....

Le soussigné ....., né le .....,  
 actuellement incarcéré dans l'Etablissement .....,  
 consent que les informations suivantes :  
 .....  
 soient transmises à la direction de l'établissement susmentionné.

A cet effet il délie le service médical de l'établissement susmentionné du secret médical (uniquement pour ces informations).

Lieu, date : .....Signature du patient : .....

## Entbindung vom Berufsgeheimnis / Levée du secret professionnel

Service médical de : Medizinischer Dienst von:		<b>Entbindung vom Berufsgeheimnis</b> <b>Levée du secret professionnel</b>
		
		
		

Der Unterzeichnete ....., geb. ....,  
z.Zt. in der Anstalt .....,  
erklärt sich einverstanden, dass seine medizinischen Akten an  
.....  
übermittelt werden dürfen.

Er befreit der medizinischer Dienst der oben genannten Anstalt zu diesem Zweck ausdrücklich vom Arztgeheimnis.

Ort, Datum: .....Unterschrift des Patienten: .....

Le soussigné ....., né le .....,  
actuellement incarcéré dans l'Etablissement .....,  
consent que les documents médicaux le concernant soient transmis à :  
.....

A cet effet il délie le service médical de l'établissement susmentionné du secret médical.

Lieu, date : .....Signature du patient : .....



# GESUNDHEITSBEFragung VON PERSONEN IM FREIHEITSENTZUG DURCH NICHTMEDIZINISCHES PERSONAL

(Polizeihaft oder bei Eintritt in die Haftanstalt, wenn keine Gesundheitsfachperson anwesend ist)

NAME :

Vorname :

Geburtsdatum :

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Ja

Nein

Falls ja: täglich

Falls ja: Ich habe meine Medikamente dabei

Haben Sie eine Krankheit/Schmerzen/Verletzungen, die heute noch behandelt werden müssen?  
Innerhalb von zwei Tagen?

Ja (heute)

Nein

Ja (innerhalb von max. zwei Tagen)

Konsumieren Sie täglich eine Substanz (Heroin, Alkohol, nicht vorgeschriebene Medikamente), bei der die Gefahr besteht, dass bei Ihnen Entzugerscheinungen auftreten?

Ja

Nein

**Fakultativ(!):** welche Substanz(en)?

\_\_\_\_\_

Denken Sie, dass heute noch jemand vom Gesundheitsdienst bei Ihnen vorbeikommen sollte?

Ja

Nein

**Fakultativ(!):** Weshalb?

\_\_\_\_\_

Diese Fragebogen muss zwingend mit jeder Person im Freiheitsentzug durchgegangen werden. Die befragte Person ist nicht verpflichtet zu antworten. Sie muss aber auf jeden Fall das Formular unterzeichnen, um zu bestätigen, dass ihr die Fragen gestellt wurden.

**Falls die befragte Person mindestens eine der vier Fragen mit Ja beantwortet, muss ein Arzt oder eine andere Gesundheitsfachperson gerufen werden.**

Zudem rechtfertigt jede Situation, in der Verdacht auf eine psychische Störung besteht (Suizidgedanken, Erregungszustand, unzusammenhängende Äusserungen, Anzeichen einer Überdosis von Betäubungsmitteln oder Entzugerscheinungen, ...), den Beizug eines Arztes.

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Beamten: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Person im Freiheitsentzug: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

# Übergabe durch Pflegepersonal

Gesundheitsdienst von:	Übergabe durch Pflegepersonal
_____	
_____	
_____	

NAME Vorname:..... Geboren am:.....

**Adressat:**

- Gesundheitsdienst von.....
- Spital: .....
- Andere: .....

**Transfergrund:**

- Disziplinarischer Grund/richterliche Entscheidung:
- Gesundheitlicher Grund: .....

**Pflegerische Diagnose:**

.....  
 .....

**Art der pflegerischen Intervention (Therapiegruppe, Fachärztliche Konsultation, ...):**

.....  
 .....

Weitere beteiligte Fachpersonen (Allgemeinpraktiker, Psychiater, Psychologe, ...):

.....

**Gezielte Übergabe beim Transfer:**

.....  
 .....

Medikamente (Name, Dosierung, Galenik)	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Reserve	Stopp am

**Letzte Verabreichung von Medikamenten:**

- Medikamente für den Morgen verabreicht
- Medikamente für den Tag abgegeben für den Transport
- Opioidsubstitution: ... Dosen abgegeben
- Vollständige Behandlung für ..... Tage beiliegend

**Weitere Informationen:**

- Bekannte Allergien: .....
- Tests auf Infektionskrankheiten und Ergebnisse: .....
- Verordnete/freiwillige Psychotherapie (*Unzutreffendes streichen*)
- Andere/Bemerkungen: .....




**Beilagen :**

- Kopie der Gesundheitsbefragung bei Eintritt
- Kopie der relevanten Elemente des medizinischen Dossiers
- Bericht des/der für den Patienten zuständigen Arztes/Ärztin, Dr. ....
- Unfallklärung vom .....
- Röntgenbilder
- Impfausweis
- Transfer der Opioid-Substitutionsbehandlung
- Andere: .....

Für den Gesundheitsdienst:

Ort, Datum: .....	NAME, Vorname: .....  Unterschrift: .....
-------------------	---

# Übergabe durch medizinisches Personal

Gesundheitsdienst von:		<h2>Übergabe durch medizinisches Personal</h2>
		
		
		

NAME Vorname:..... Geboren am:.....

Der oben erwähnte Patient wurde vom ..... bis ..... von unserem Gesundheitsdienst auf  somatischer (Dr. ....),  psychiatrischer (Dr. ....) bzw.  gemischter Ebene (Dr. .... und Dr. ....) betreut.

### Diagnosen/Probleme:

---

---

---

### Zusammenfassung der relevanten Probleme, die gelöst wurden oder weiterbestehen:

---

---

---

---

---

---

---

---

### Zusätzliche Untersuchungen (Serologien, Röntgenuntersuchungen, ...); wichtigste Ergebnisse:

---

---

### Impfungen:

---

---

### Geplante/zu planende Betreuung oder Vorgehensweisen, bereits vereinbarte Termine:

---

---

### Laufende Behandlungen:

---

---

---

---

Für den Gesundheitsdienst:

Ort, Datum: .....	NAME, Vorname:
	Dr. ....
	Unterschrift: .....