

**Ansprechstelle:**

[lisa.aeberhard@gef.be.ch](mailto:lisa.aeberhard@gef.be.ch)

Tel. direkt 031 930 93 13

Sekretariat 031 930 97 13

Fax 031 930 99 25

## Übertritt Klinik – Wohninstitution

**Teil I:** Allgemeine Angaben / **Teil II:** Kontakte, Adressen / **Teil III:** Checkliste Übertritt

### Teil I: Allgemeine Angaben

**Name, Vorname Klient/in:**

Geburtsdatum:

Letzte Adresse:

Mobil:

Email:

**Problematik:**

---

**Zuständige Station Klinik:**

Zuständige/r Arzt/Ärztin:

Telefon, Fax:

Email:

Pflegefachperson:

Telefon, Fax:

Email:

Zuständige/r Sozialarbeiter/in:

Telefon, Fax:

Email:

---

**Medikamente aus Grundversicherung finanziert?**  ja  nein

Originalpräparate?  ja  nein

**Medizinische Nachsorge informiert?**  ja  nein

(Arzt, Spitex, Ambulatorium usw.)

**Termin Nachsorge vereinbart?**  ja  nein

Bemerkungen:

---

**Schweigepflicht:**  ja  nein

## Entbindung vorhanden?

Gegenüber wem?

Bemerkungen:

## Bisherige Tagesstruktur:

(Arbeit, Freizeit usw.)

---

**Behandlungsvereinbarung:**  ja  nein

**Patientenverfügung:**  ja  nein  
(gem. Art. 370 ff ZGB)

**Vorsorgeauftrag:**  ja  nein  
(gem. Art. 360 ff ZGB)

---

**Beistandschaft:**  nein  ja  unbekannt  Verfahren KESB hängig

Art Massnahme:

- Begleitbeistandschaft (Art. 393 ZGB)
- Vertretungsbeistandschaft (Art. 394 ZGB)
- Vertretungsbeistandschaft mit Einkommens- und Vermögensverwaltung (Art. 394 i.V.m. Art. 395 ZGB)
- Vertretungsrecht Berufsbeistand/-beiständin bei medizinischen Massnahmen
- Vermögensverwaltungsbeistandschaft (Art. 395 ZGB)
- Mitwirkungsbeistandschaft (Art. 396 ZGB) in Bezug auf (Handlungsfähigkeit ist in diesem Bereich von Gesetzes wegen eingeschränkt)
- Art Massnahme unbekannt

---

**Freiwilliger Aufenthalt?**  ja  nein

---

## Fürsorgerische Unterbringung:

Besteht eine **ärztliche FU**?  ja  nein

Besteht eine **behördliche FU**?  ja  nein

Besteht eine **behördliche FU zur Begutachtung**?  ja  nein

Verfügt die KESB die Verlegung in die Institution?  ja  nein

Wenn ja; Mit Kammerentscheid vom

**Entlassungskompetenz bei der KESB?**  ja  nein

**Entlassungskompetenz bei der Institution?**  ja  nein

## Überprüfung per

Weitere Bemerkungen:

## Teil II: Kontakte, Adressen

### Zuständige KESB:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Fax:

Email:

---

### Beistand/Beiständin:

Name, Vorname::

Adresse:

Telefon:

Fax:

Email:

---

### Angehörige:

Name, Vorname:

Art Verwandtschaft:

Adresse:

Telefon, Fax:

Email:

Name, Vorname:

Art Verwandtschaft:

Adresse:

Telefon, Fax:

Email:

**Kontakt zu Angehörigen erwünscht?**       ja       nein

**Bei Nachfrage der Angehörigen: Einwilligung in Auskunftserteilung?**       ja       nein

Weitere Bemerkungen:

---

### Externer Sozialdienst:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon, Fax:

Email:

---

### Teil III: Checkliste Übertritt

Die Checkliste ist Bestandteil der Übertrittsplanung.

#### Voraussetzungen für einen Übertritt seitens Institution:

- Telefonische Bedarfsabklärung
- Besichtigung der Institution
- Austrittsgespräch in der Klinik
- Teilnahme Mittagessen
- Weiteres, nämlich
- Medikamente für mindestens **drei Tage** (plus zusätzlich für das Wochenende) im **angeschriebenen Medikamentendosett**, inkl. Reservemedikamente
- Diese Eintrittscheckliste!**

#### Folgende Dokumente müssen bei Übertritt in der Wohninstitution einzusehen sein:

- Kurzbericht resp. Austrittsbericht Pflege
- Aktuelle Medikamentenliste, inklusive die dafür notwendigen Rezepte
- Schriftliche Kostengutsprache der zuständigen Stelle (Beistand/Beiständin, Sozialdienst)

#### Mitzugeben am Eintrittstag sind:

---

Unterschrift zuständige Sozialarbeiter/in: .....

Unterschrift zuständige Pflegefachperson: .....

Unterschrift Institution: .....