

Opti-Q Patient/in-ID:

Version 2024

Versorgungspass

Für die koordinierte Versorgung mehrfach
chronisch erkrankter Personen

Dieses Dokument ist vertraulich zu behandeln.

Mithilfe des Versorgungspasses wird Ihre Behandlung noch besser auf Ihre persönlichen Bedürfnissen und Erwartungen ausgerichtet und der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Fachpersonen verbessert.

Die behandelnden Fachpersonen sind verpflichtet, alle Ihre persönlichen Daten vertraulich zu behandeln und dürfen diese nicht ohne Ihr Einverständnis weitergeben. QualiCCare hat zu keinem Zeitpunkt Zugriff auf Ihre persönlichen Daten.

Die Seiten 2–11 sind von der Patientin/dem Patienten allein oder gemeinsam mit einer Bezugsperson auszufüllen. Beim nächsten Termin in der Hausarztpraxis können Sie Fragen bei allfälligen Unklarheiten zum Versorgungspass stellen.

Persönliche Angaben

Name / Vorname	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Versicherungsmodell	
AHV-Nr.	
Unterschrift*	

Bezugspersonen und/oder Vertretungspersonen in medizinischen Angelegenheiten

(welche keine Mitglieder meines Behandlungsteams auf Seite 4 sind)

Können bei Bedarf kontaktiert werden und dürfen über den Inhalt dieses Versorgungspasses informiert werden. (z.B. Lebenspartner:in, Sohn/Tochter, Verwandte, Nachbar:in)

Name / Vorname	
Telefon / E-Mail	
Beziehung	
Name / Vorname	
Telefon / E-Mail	
Beziehung	

Name / Vorname	
Telefon / E-Mail	
Beziehung	
Name / Vorname	
Telefon / E-Mail	
Beziehung	

Koordinationsperson (manuell eintragen oder Stempel möglich)

Diese Person (z.B. APN, MPK, MPA) koordiniert meine Behandlung und sorgt für den Informationsaustausch innerhalb des Behandlungsteams und mit den Bezugspersonen.

Bei Akutereignissen ist die koordinierende Person zu benachrichtigen.

Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Adresse / Stempel	
Unterschrift*	

Oder: Ich koordiniere meine Behandlung selbst.

* Mit meiner Unterschrift stimme ich den von mir gemachten Angaben in diesem Pass zu und erkläre mich bereit, die Angaben – soweit möglich – aktuell zu halten und den Pass in der Konsultation heranzuziehen.

Behandlungsteam (manuell eintragen oder Stempel möglich)

Diese Personen behandeln mich aktuell und dürfen Informationen aus diesem Versorgungspass untereinander austauschen.

Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	
Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	
Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	
Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	
Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	

Beim nächsten Termin beantragen Sie bitte die Unterschrift der jeweiligen Fachpersonen.

(z.B. Hausärzt:in, Apotheker:in, Spezialist:in, Psycholog:in, Physiotherapeut:in, Sozialarbeiter:in, Spitex)

Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	
Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	
Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	
Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	
Name / Vorname	
Beruf / Fachgebiet	
Telefon / E-Mail	
Unterschrift* Fachperson	

* Mit meiner Unterschrift stimme ich den von mir gemachten Angaben in diesem Pass zu und erkläre mich bereit, die Angaben – soweit möglich – aktuell zu halten und den Pass in der Konsultation heranzuziehen.

Ziele

1. Was sind für Sie drei wichtige Ziele in den nächsten 12 Monaten?

Denken Sie an Dinge, die Sie in Ihrem persönlichen, beruflichen und sozialen Leben tun möchten – Dinge, die Sie tun müssen, tun wollen oder gerne tun.

Dann listen Sie die Ziele nach Priorität – beginnend mit «1» für das Ziel, das Ihnen am wichtigsten ist und worauf Sie sich als Erstes fokussieren möchten.

2. Warum sind Ihnen diese Ziele wichtig?

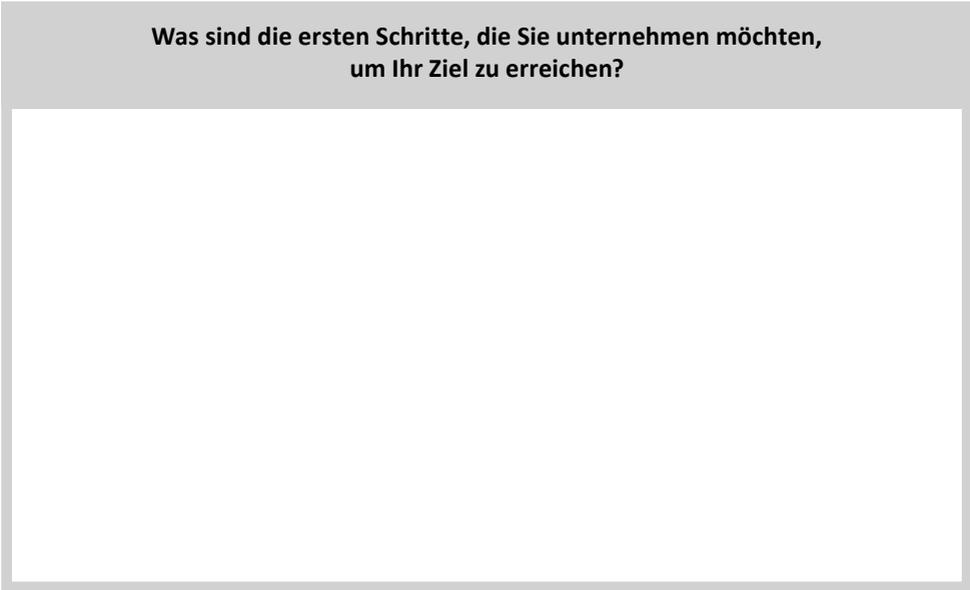
Nun bitten wir Sie, sich zu überlegen, warum Ihnen diese wichtig sind.

Sie können dazu die Vorlage auf dieser und den Folgeseiten benutzen.
Führen Sie diese Überlegungen für die drei oben genannten Ziele durch.

Ziel 1:	→	Warum ist Ihnen dieses Ziel wichtig?

3. Was sind die ersten Schritte, die Sie unternehmen möchten, um Ihr(e) Ziel(e) zu erreichen?

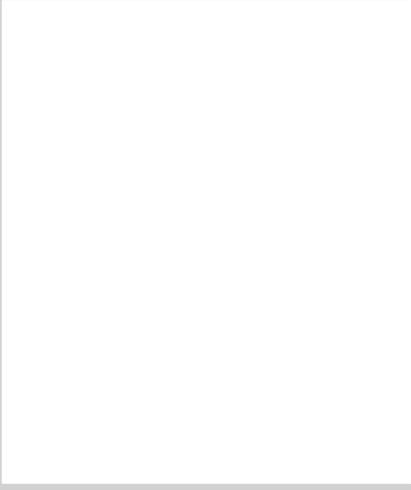
Nun, da Sie Ihre wichtigsten Ziele identifiziert haben, bitten wir Sie, sich zu überlegen, was die ersten Schritte sein könnten, um Ihrem Ziel respektive Ihren Zielen näher zu kommen.



Was sind die ersten Schritte, die Sie unternehmen möchten, um Ihr Ziel zu erreichen?

Ziele

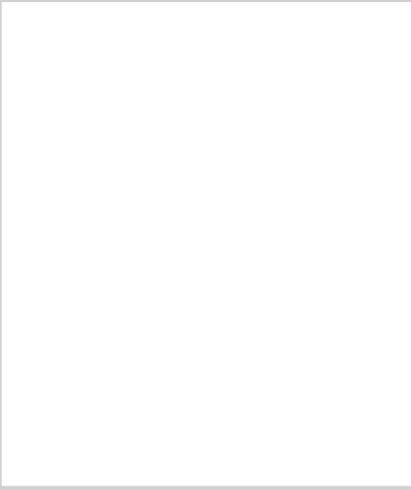
Ziel 2:



Warum ist Ihnen dieses Ziel wichtig?



Ziel 3:



Warum ist Ihnen dieses Ziel wichtig?





**Was sind die ersten Schritte, die Sie unternehmen möchten,
um Ihr Ziel zu erreichen?**



**Was sind die ersten Schritte, die Sie unternehmen möchten,
um Ihr Ziel zu erreichen?**

Nennenswerte Operationen/ Interventionen und/oder Allergien/Unverträglichkeiten	Datum	Platz um Diagnoseliste aufzukeben

Arzneimittelbezogene Probleme

Medikationscheck durchgeführt. Die Fachperson hält im Versorgungspass allfällige pharmazeutische Empfehlungen fest.

Datum / Unterschrift verantwortliche Fachperson	Medikament	Arzneimittelbezogene Problematik

Diese Empfehlungen können auch ausgedruckt und eingeklebt werden.

Pharmazeutische Empfehlung und / oder Kommentar

Platz um Medikationsplan aufzukleben

Diese Empfehlungen können auch ausgedruckt und eingeklebt werden.

Pharmazeutische Empfehlung und / oder Kommentar

Platz um Medikationsplan aufzukleben

Wichtige Dokumente

Ich habe folgende Dokumente

(zutreffendes bitte ankreuzen und/oder Liste ergänzen):

Medikationsplan

Impfausweis

Diabetespass

Blutdruckpass

Antikoagulationskarte

Allergiepass

Patientenverfügung hinterlegt bei:



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera