

**Checkliste Transition**

Checkliste Transition
-----------------------

*Bitte zu den Transitionsgesprächen ausfüllen. Zum Ende des Transitionsprozesses sollten alle Angaben vorliegen.*

Name	Adresse	Telefon (Festnetz/mobil)	E-Mail
Patient:			
Eltern/Betreuer:			
Ausbildungsstelle:			
Vorbehandelnder pädiatrischer Rheumatologe			
Weiterbehandelnder internistischer Rheumatologe			
Vorbehandelnder Kinderarzt			
Weiterbehandelnder Hausarzt/Internist			
Augenarzt			
Andere (z.B. Physiotherapeut)			
Andere			
Andere			

Termine	Datum	Bemerkungen	
Beginn Transition			
1. Transitionsgespräch			
2. Transitionsgespräch (optional)			
3. Transitionsgespräch=Transfer			
<b>Inhalte</b>			
<i>Krankheit, Behandlung, Gesundheit</i>	<i>besprochen</i>	<i>Bemerkungen</i>	<i>o.k.</i>
Name Erkrankung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Krankheitsverlauf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zeichen Krankheitsschub	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Medikamente (Art, Dosis, Neben-/Wirkung), Kontrolluntersuchungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sportliche Aktivitäten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Substanzkonsum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Antikonception, Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Krankheitsmanagement</i>		<i>Bemerkungen</i>	<i>o.k.</i>
Selbstständige Einnahme Medikamente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sprechstundenbesuch allein	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Medizinische Kontaktpersonen bekannt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit, Eigenverantwortlich	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Zukunftspläne und -perspektiven</i>		<i>Bemerkungen</i>	<i>o.k.</i>
Schule/Ausbildung/Beruf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kenntnis gesetzlich vorgegebener Hilfsangebote	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Soziales Umfeld</i>		<i>Bemerkungen</i>	<i>o.k.</i>
Unterstützendes soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ansprechpartner bei Problemen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Bereitschaft zum Transfer</i>		<i>Bemerkungen</i>	<i>o.k.</i>
Kenntnis der Besonderheiten in der Erwachsenenmedizin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Verfügen über wichtige Unterlagen zum Krankheitsverlauf / Abschlussepisode	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bereitsein zum Betreuungswechsel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Evaluation</b>	<b>Datum</b>	<b>Bemerkungen</b>	
4. Transitionsgespräch, Evaluation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unterlagen Bewertung) an vorbehandelnde Einrichtung gesendet am: (Datum)			<input type="checkbox"/>