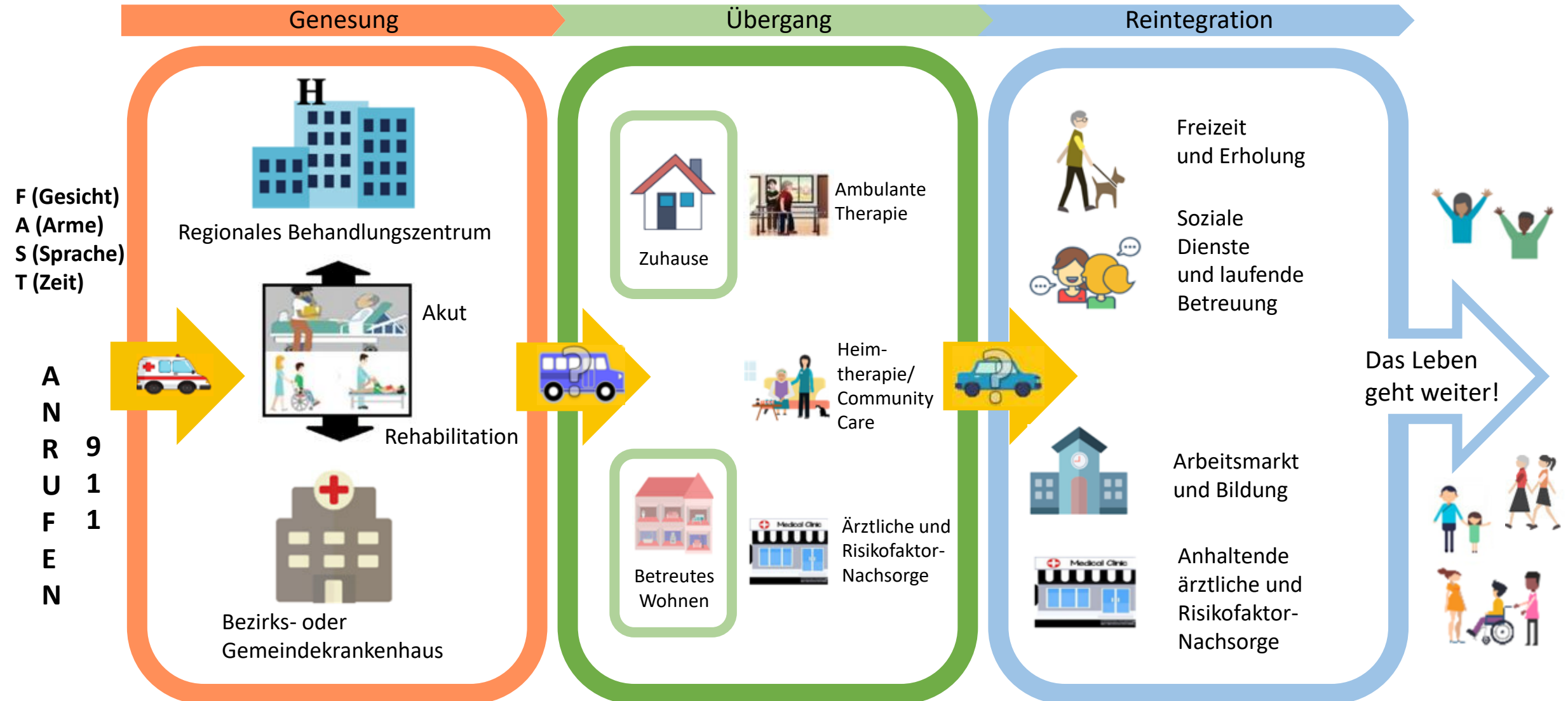




Mein Weg nach dem Schlaganfall

Name: _____

Datum: _____

Während Ihrer Erholung **benötigen Sie möglicherweise Unterstützung** durch einen der **folgenden Dienste**. Ihre **Bedürfnisse** können sich im Laufe der Zeit **ändern**. Für einige Dienste fallen möglicherweise **Kosten** oder eine **Selbstbeteiligung** an. Bei Fragen **wenden Sie sich** bitte an Ihr **Gesundheitspflegeteam** oder **rufen Sie Ontario Health atHome (OHaH)** unter **310-2222** an.

Genesung

Stationäre Pflege

- ☐ Notfallpflege
 - ☐ Blutgerinnsel-auflösendes Medikament
 - ☐ Verlegung in Regionalzentrum
 - ☐ Blutgerinnsel-entfernendes Verfahren
- ☐ Akutversorgung in der Schlaganfallstation
- ☐ Stationäre Rehabilitation
- ☐ Integrierte Schlaganfallstation
- ☐ Sonstiges: _____
- ☐ Entlassungsgespräch

Ihr Gesundheitspflegeteam umfasst z. B.:

- ☐ Assistent(en) _____
- ☐ Fallmanager _____
- ☐ Pflegekoordinator/Entlassungsplaner
- ☐ Ernährungsberater
- ☐ Arzt
- ☐ Navigator
- ☐ Krankenpfleger
- ☐ Pflegespezialist
- ☐ Ergotherapeut
- ☐ Peer-Besuch / Freiwilliger
- ☐ Apotheker
- ☐ Physiotherapeut
- ☐ Psychologe
- ☐ Beschäftigungstherapeut
- ☐ Sozialarbeiter
- ☐ Logopäde

☐ Gesundheitscheck durch Pflegepartner

Übergang

Zuhause: _____

Betreutes Wohnen

Name der Einrichtung: _____

Ambulante Therapie

- ☐ Krankenhaus
- ☐ Klinik

Heim- therapie oder Community Care

Ärztliche und Risikofaktor-Nachsorge

- ☐ Schlaganfallpräventionsklinik
- ☐ Hausarzt
- ☐ Pflegespezialist
- ☐ Facharzt: _____
- ☐ Sonstige Überweisungen: _____

☐ Gesundheitscheck durch Pflegepartner

Reintegration

Freizeit und Erholung

- ☐ Übungsprogramme der Gemeinde
- ☐ Erholungsprogramme der Gemeinde

Hobbies: _____ Freiwilligentätigkeit: _____

Schlaganfall-Hilfegruppen

- ☐ Schlaganfall-spezifische Übungen
- ☐ Aphasie-/Kommunikationsprogramme
- ☐ Leben mit Schlaganfallprogrammen
- ☐ Schlaganfall-Überlebende/Selbsthilfegruppen der Pflegepartner

Soziale Dienste

- ☐ Unterstützende Beratung
- ☐ Soziale Unterstützung
- ☐ Seelische Unterstützung
- ☐ Hirnverletzung-Beratungsstellen
- ☐ Tagesprogramme für Erwachsene
- ☐ Aphasie-/Kommunikationsprogramme
- ☐ Verhaltensmanagement-Unterstützung
- ☐ Finanzielle Unterstützung
- ☐ Gruppenessen-Programme
- ☐ Kulturelle Zentren und Unterstützung
- ☐ Selbstmanagement-Programm
- ☐ Fahrtraining

Beschäftigung und Bildung

- ☐ Zurück zur Schule oder Arbeit: _____
- ☐ Arbeitsämter: _____
- ☐ Anhaltende Bildungsunterstützung: _____

Anhaltende ärztliche Betreuung

- ☐ Schlaganfallpräventionsklinik
- ☐ Hausarzt
- ☐ Facharzt: _____
- ☐ Sonstige Überweisungen: _____

☐ Gesundheitscheck durch Pflegepartner



Transport

☐ Selbst

☐ Familie/Freunde

☐ Barrierefreie Transportdienste

☐ Fahrtraining

☐ Öffentliche Verkehrsmittel (Bus/Taxi)

☐ Sonstiges

[illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a full page of a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook or legal stationery. There are no margins, text, or other markings present.