

Einrichtung + Anschrift

Pflegeüberleitung

Station:
Pflegekraft:
Tel:

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Patient | | | | Diagnosen |
| Name, Vorname: | | | | |
| Straße: | | | | |
| PLZ, Ort: | | | | |
| Geb.-Datum: | | | | |
| Tel.-Nr.: | | | | |
| Versicherung | | | | |
| Überleitung am: | | Ansteckende Erkrankungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| An: | | MRSA: Verdacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nachfolgeeinrichtung informiert: <input type="checkbox"/> | | |
| Fachbereich: | | Letzter Abstrich: | | Ergebnis: |
| Adresse: | | Nächster Abstrich : | | |
| | | Anlagen: | | |
| Hausarzt | | Facharzt | | Angehörige/r |
| | | | | |
| Betreuer / Bevollmächtigter | | | | |
| Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorge- / Vollmacht <input type="checkbox"/> Bankvollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> | | | | |
| Gesetzliche Betreuung für: | | | | |
| | | Gesundheitsorge <input type="checkbox"/> | | Vermögenssorge <input type="checkbox"/> |
| Beantragt am: | | Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter) <input type="checkbox"/> | | |
| Amtsgericht: | | Sonstige Aufgabenkreise: | | |
| Konfession: <Patient2: Konfession> | | Bemerkungen: | | |
| Seelsorge erwünscht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unentschlossen <input type="checkbox"/> Krankensalbung erwünscht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unentschlossen <input type="checkbox"/> | | | | |
| Soziale Aspekte | | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> |
| Alleinlebend <input type="checkbox"/> | | Zusammenlebend mit | | |
| Hauptbezugsperson (Name, Adresse, Tel.Nr., Handy Nr., Beziehung) | | | | |
| | | | | |
| Bisherige Versorgung durch (Name): | | | | |
| Selbständig <input type="checkbox"/> | | Angehörige <input type="checkbox"/> | | Ambulanten Pflegedienst <input type="checkbox"/> |
| Stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/> | | | | |
| Pflegebereitschaft der Angehörigen | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Häusliche Wohnsituation | | Haus: <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> | | |
| Erdgeschoss <input type="checkbox"/> | | Stock : | | Treppen: |
| | | Stufen: | | lift <input type="checkbox"/> |
| Bettenart (Ehebett o.ä.): | | | | |
| Badewanne <input type="checkbox"/> | | Dusche <input type="checkbox"/> | | Hoher Einstieg <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Einstieg <input type="checkbox"/> | | | | |
| Hilfsmittel vorhanden / beantragt | Pflegebett v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/> | | Toilettensitzerhöhung v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/> | |
| | Rollstuhl v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/> | | Toilettenstuhl v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/> | |
| | | Gehstock v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/> | | v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/> |
| Pflegestufe: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Stufe: Beantragt: ja <input type="checkbox"/> am: nein <input type="checkbox"/> Termin MDK: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> am: | | | | |
| Verlegung: | | gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> Aktuelle PPR: | | |
| Begleitung: | | allein <input type="checkbox"/> Angehörige: | | |
| Wertgegenstände: | | Brille <input type="checkbox"/> Zahnprothese: oben: <input type="checkbox"/> , unten: <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Ehering <input type="checkbox"/> | | |
| Weitere (auch Hilfsmittel): | | | | |

| Körperpflege / Kleidung | | | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | Ohne Hilfe | Braucht Anregung | Braucht Hilfe | Übernahme | Bemerkungen |
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Duschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Zahnprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| An- u. Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hautbeschaffenheit: | | | | | |
| Pfleagemittel: | | | | | |
| Gewohnheiten: | | | | | |
| Besondere Bekleidungsünsche: | | | | | |

| Ernährung | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> |
|--|---|--------------------------------------|---|
| Größe: | Gewicht: | BMI (kg/cm ² /100): | |
| Kostform | Allergien <input type="checkbox"/> | Bemerkungen | |
| Vorlieben <input type="checkbox"/> | Abneigungen <input type="checkbox"/> | | |
| Hilfestellung: ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | |
| Braucht Anregung | <input type="checkbox"/> | | |
| Mundgerechte Zubereitung | <input type="checkbox"/> | | |
| Nahrung anreichern | <input type="checkbox"/> | | |
| Letzte eingenommene Mahlzeit: | | | |
| Tägliche Trinkmenge | ml | | |
| Vorlieben <input type="checkbox"/> | Abneigungen <input type="checkbox"/> | | |
| Selbständig <input type="checkbox"/> | Braucht Anregung <input type="checkbox"/> | | |
| Benötigt Hilfestellung | <input type="checkbox"/> | | |
| Sondenkost: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Getränk / Menge: |
| Tägliche Kalorienzufuhr: | kcal | | |
| Verabreichung per | Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> | | |
| | Spritze <input type="checkbox"/> | Schwerkraft <input type="checkbox"/> | |
| Sonde gelegt / Wechsel am: | | | |
| Sondentyp | | | |
| Parenterale Ernährung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Tägliche Kalorienzufuhr: | kcal: | | |
| Tägliche Menge: | ml: | | |
| Typ: | | | Sonstiges: |

| Bewegung und Lagerung | | | | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|---|--|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---|
| | Selbständig | Mit Anleitung | Mit Hilfsmitteln | Mit Hilfsperson | Mit Hilfsmittel u. Person | Bemerkungen |
| Aufstehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Transfer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gang zur Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sitzen im Stuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Treppen gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Beweglichkeit | aktiv <input type="checkbox"/> | Passiv <input type="checkbox"/> | Sturzgefahr <input type="checkbox"/> | | | |
| Hilfsmittel: | Gehstock <input type="checkbox"/> | Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> | Rollator <input type="checkbox"/> | | | |
| | Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> | Rollstuhl <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Benutzung: | Selbständig <input type="checkbox"/> | Mit Hilfe <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Bettlägerigkeit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lagerungsart | Lagerungswechsel /Häufigkeit: | |

| | | | | |
|---|--|---|--|---------------------------------|
| Ausscheidungen | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> | |
| Flüssigkeitsbilanzierung: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Gewichtskontrolle | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Harninkontinenz | Ja <input type="checkbox"/> | Gelegentlich <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Kontinenztraining | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Blasenkatheter | Transurethral <input type="checkbox"/> Suprapubisch <input type="checkbox"/> | | | |
| Material | | | | |
| CH: | Gelegt / Wechsel am: | | | |
| Empfohlener Wechsel am: | | | | |
| Stuhlinkontinenz | Ja <input type="checkbox"/> | Gelegentlich <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Kontinenztraining | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Stuhlgang: | zuletzt abgeführt am: | | | |
| | Normal <input type="checkbox"/> | Neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> | | |
| | Neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> | Digitale Ausräumung <input type="checkbox"/> | | |
| Anus praeter | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Versorgung | Selbständig <input type="checkbox"/> | Mit Hilfe <input type="checkbox"/> | | |
| | Vollständige Übernahme <input type="checkbox"/> | | | |
| Versorgungssystem: | | | | |
| Hilfestellung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | |
| | bei: Toilette <input type="checkbox"/> Nachtstuhl <input type="checkbox"/> | | | |
| | Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> | | | |
| Bisherige Hilfsmittelversorgung bei Harn-/Stuhlinkontinenz | | | | |
| Orientierung / Psyche | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> | |
| | Ja | Zeitweise | Nein | Erläuterungen / Differenzierung |
| Zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Persönlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Weglauff Tendenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aktueller Status: | | | | |
| Bewusstseinslage | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> | |
| | Ja | Zeitweise | Nein | Erläuterungen / Differenzierung |
| Wach | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ansprechbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Somnolent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Komatös | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Aktueller Status: | | | | |
| Kommunikation | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> | |
| | Ohne Einschränkungen | Mit Einschränkungen | Bemerkungen / Hilfsmittel | |
| Sprache verbal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Sprache nonverbal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Sprachverständnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Gehör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Aktueller Status: | | | | |
| Schlaf | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände | | | | |
| Erläuterungen: | | | | |
| Schlafrituale: | | | | |
| Schlafzeiten von: Bis Von Bis | | | | |
| Schlafmedikamente: | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--------|-----------|--|
| Spezielle Aspekte | | Bemerkungen | Abschnitt n. bearbeitet <input type="checkbox"/> | | | |
| Pilzinfektion: | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | | | |
| Lokalisation: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Maßnahmen: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Allergie:: | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | | | |
| Lokalisation: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Maßnahmen: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| MRSA: | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | | | |
| Lokalisation: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Maßnahmen: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Ansteckende Erkrankung: | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | | | |
| Lokalisation: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Maßnahmen: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Dekubitus/Wundversorgung | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | | | | |
| Lokalisation: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Maßnahmen: | | s. Anlage <input type="checkbox"/> | | | | |
| Medikation laut Anordnung des Arztes | | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | Dosierung | | | |
| Bisherige Medikation | Darreichungsform | Morgens | Mittags | Abends | Zur Nacht | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Bedarfsmedikation | Darreichungsform | Dosierung | Bedarfsbeschreibung | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Einnahme: | Selbständig <input type="checkbox"/> | Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> | Sicherstellung der Einnahme <input type="checkbox"/> | | | |
| Insulin: | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Spritz-Essabstand: Min. | | | | |
| Bezeichnung | Dosierung | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Verabreichung: | Spritze <input type="checkbox"/> | Pen <input type="checkbox"/> | Insulinpumpe <input type="checkbox"/> | | | |
| Selbständig <input type="checkbox"/> | Mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständiger Hilfe <input type="checkbox"/> durch: | | | | | |
| Bisherige BZ- Kontrollen (Häufigkeit): | | | | | | |
| Besonderheiten: | | | | | | |
| Bisherige Therapie / Sonstiges | | Bemerkungen | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> | | | |
| Physiotherapie | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Ergotherapie | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Logopädie | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Sozialdienst | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> letzte Kontrolle am: | | | | | |
| Sonstiges | | | | | | |
| Abschließende Bemerkungen: | | | | | | |
| | | | | | | |

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.
Ort, Datum:

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)