

Pflegeüberleitung

| | | | |
|--|----------------------------------|----------|---------|
| Absender | Empfänger | | |
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | | | |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | | |
| Straße | PLZ, Ort | | |
| Krankenkasse | Krankenversicherungs-Nummer | | |
| Patienten-Telefon | Hausarzt | | |
| Konfession | | | |
| Klinische Diagnosen | | | |
| Voraussichtliches Entlassungsdatum/Verlegungsdatum: aktuell bestehende Besiedelung/Infektion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erreger: <input type="checkbox"/> Art: siehe Anlage: <input type="checkbox"/> | | | |
| Pflegegrad <input type="checkbox"/> ohne Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt am: <input type="checkbox"/> vorläufiger Pflegegrad seit: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt | | | |
| Reha-Maßnahme: <input type="checkbox"/> ja beantragt am: | | | |
| Schulung (z.B. familiale Pflege, Diabetes, Stoma) Art der Anleitung: Wer wurde geschult: Was wurde geschult: | | | |
| Soziale Aspekte/Rechtliche Aspekte <input type="checkbox"/> zu Hause alleine <input type="checkbox"/> zu Hause mit Angehörigen <input type="checkbox"/> zu Hause mit Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeheim Angehörige/Hauptbezugsperson Verwandtschaftsgrad (z.B. Frau, Sohn): | | | |
| Name, Vorname | Straße | PLZ, Ort | Telefon |
| <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter Anmerkungen: | | | |
| Name, Vorname | Straße | PLZ, Ort | Telefon |
| bisherige Versorgung (Bemerkungen, Besonderheiten, z.B. Biographische Merkmale, Vorlieben, Abneigungen, Behinderungen): | | | |
| ergänzende Hilfen zur Pflege (z.B. Einkaufshilfe, Haushaltshilfe): | | | |
| Wertsachen/Hilfsmittel mitgegeben <input type="checkbox"/> Brille Zahnprothese: <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten Hörgerät: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Geldbörse <input type="checkbox"/> Uhr <input type="checkbox"/> Kreditkarte <input type="checkbox"/> Versichertenkarte <input type="checkbox"/> Orientierungs- und Erinnerungshilfen Sonstiges: | | | |
| Hilfsmittel: beantragt <input type="checkbox"/> geliefert <input type="checkbox"/> Versorger: | | | |

| Mobilität | Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln | Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich | Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung: überwiegende personelle Hilfe | Aktivität unselbständig , wird fremd übernommen |
|--|---|--|---|--|
| Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umsetzen (Transfers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperbezogene Pflegemaßnahmen | | | | |
| Waschen vorderer Oberkörper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen des Intimbereichs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden des Oberkörpers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden des Unterkörpers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautbeschaffenheit: <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | |
| Pflegemittel/Sonstiges: | | | | |
| Rituale/Gewohnheiten: | | | | |
| Ernährung: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz <input type="checkbox"/> Trinkverhalten selbständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken <input type="checkbox"/> erkennt Essen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| Kostform: Sondentyp: Sonde gelegt am: | | | | |
| Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Schwerkraft <input type="checkbox"/> Spritze | | | | |
| tägliche Menge Sondenkost:kcal Flüssigkeit:ml tägliche Trinkmenge:ml BMI: | | | | |
| orale Ernährung zusätzlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| Vorlieben/Abneigungen: | | | | |
| Rituale und Gewohnheiten: | | | | |
| Ausscheidung: Flüssigkeitsbilanzierung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle | | | | Gewicht: Größe: |
| Stuhlgang: <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausräumung | | | | |
| Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise Form: | | | | |
| Versorgungssystem: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> transur. BDK CH <input type="checkbox"/> suprapub. Harnblasenkatheter <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Sonstiges: gelegt/gewechselt am: <input type="checkbox"/> bisher versorgt mit: erkennt Toilette: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise | | | | |
| Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> offene Inkontinenzartikel <input type="checkbox"/> geschlossene Inkontinenzartikel | | | | |
| Besonderheiten: | | | | |
| Rituale/Gewohnheiten: | | | | |
| Schlaf: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände | | | | |
| Besonderheiten: | | | | |
| Rituale/Gewohnheiten: | | | | |
| Bewusstseinslage: <input type="checkbox"/> wach/ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> soporös <input type="checkbox"/> komatös | | | | |

| Kognitive und kommunikative Fähigkeiten | vorhanden/ unbeeinträchtigt | größtenteils vorhanden | in geringem Maße vorhanden | nicht vorhanden |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstehen von Sachverhalten und Informationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> nein Sprache: | | | | |
| Lauffähigkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise | | | | |
| Besondere Verhaltensweisen mit pflegerischem Interventionsbedarf: Bestehen z.B. Unruhezustände, abwehrendes/herausforderndes Verhalten, Ängste? Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)? | | | | |
| Schmerz <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> Ruhe <input type="checkbox"/> Belastung | | | | |
| Atmung <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Silberkanüle <input type="checkbox"/> Silikonkanüle <input type="checkbox"/> Raucher(in) <input type="checkbox"/> absaugen Kanülenart: Kanülengröße: letzter Wechsel: <input type="checkbox"/> O ² -Gabe:/min | | | | |
| spezielle Überwachung <input type="checkbox"/> Blutdruck <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Atmung <input type="checkbox"/> Puls <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> Temperatur Besonderheiten: | | | | |
| Therapien <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | |
| Palliative Aspekte: <input type="checkbox"/> ja welche: | | | | |
| Allergien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Allergiepass | | | | |
| Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja Schrittmacherpass vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| Wundart (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris, Dekubitus): (Lokalisation siehe Wunddokumentation) Grad/Größe: | | | | |
| Medikamente Einnahme: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme <input type="checkbox"/> letzte Medikation:Uhr Injektion: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme mit: <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pumpe Medikamente über Ernährungssonde/Port: <input type="checkbox"/> | | | | |
| Ansprechpartner/Name: | | Station/Bereich: | | |
| zuletzt bearbeitet/Datum: | | Telefon: | | |

Anlagen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arztbrief | <input type="checkbox"/> Infobogen Angehörige Alzheimer Gesellschaft | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht |
| <input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis Infektionsschutzgesetz | <input type="checkbox"/> Medikamentenplan | <input type="checkbox"/> Wunddokumentation |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsbeschluss | <input type="checkbox"/> MRE/ESBL Bogen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsplan | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelverordnung | <input type="checkbox"/> richterlicher Beschluss FEM | |