

Pflegeüberleitungsbogen

01 Persönl. Daten
Name:
Adresse:
Geburtsdatum: Aufkleber (Kostenträger/Krankenkasse)
 Personalausweis Krankenversichertenkarte
 Zusatzversicherung Zuzahlungsbefreiung: Ja Nein
Religion: Muttersprache:
 deutsch andere:
Pflegestufe bewilligt 0 1 2 3 Härtefall
 Pflegestufe beantragt am: Eilverfahren
 § 37 Abs. 1 (SGB V) Genehmigt bis:
 § 37 Abs. 2 (SGB V) Genehmigt bis:
 § 37b (SGB V) Genehmigt bis:
 § 42 (SGB XI) Genehmigt bis:

02 Vertrauensperson
 Angehörige(r) Verwandtschaftsgrad:
 Vertrauensperson
Informiert? Ja Nein
Name:
Vorname:
Telefon: privat dienstlich
Mobil: privat dienstlich

03 Gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter
 Gesetzlicher Betreuer Bevollmächtigter
Name, Telefon, Fax, Email:
Generalvollmacht: Ja Nein
Patientenverfügung liegt vor: Ja Nein
Sozialdienst eingeschaltet: Ja Nein
Name: Telefon:
Wertgegenstände (ggf. Anlage):
 Schmuck Geld
 Wohnungsschlüssel anderes:

13 Besondere Pflegeprobleme
 hochgradige Spastik
 Hemiplegien und Paresen
 Fehlstellung der Extremität (z.B. Kontrakturen, Gelenkerkrankungen)
 eingeschränkte Belastbarkeit bei Herz- und Kreislauferkrankungen
 Verhaltensauffälligkeit bei psychischer Erkrankung / Demenz
 eingeschränkte Sinneswahrnehmung
 therapieresistenter Schmerz
 erhöhter Pflegebedarf durch Körpergewicht
 Gewicht / BMI

14 Mobilität

	Hilfsbedarf	Hilfsmittel
Gehen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Stehen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Sitzen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Bew. im Bett	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Hinsetzen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Hinlegen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	

Bemerkungen
(z.B. Bewegungsplan):

15 Ruhen und Schlafen
 Einschlaf- Durchschlafstörungen Schlafumkehr
Bemerkungen
(z.B. Bett an Wand, freistehend):

16 Atmung
 Atemgeräusche Auswurf
 O²-Gerät Inhalationsgerät
 Tracheostoma
Letzter Wechsel der Kanüle am:
Bemerkungen
(z.B. Rauchen):

17 Kommunikation Einschränkungen beim:
 Sprechen Verstehen
 Lesen Schreiben
 Blindheit Brille
 Schwerhörigkeit Hörgerät: rechts links
 Verwirrtheit
Bemerkungen:

04 Verlegung von:
Kontaktperson:
Telefon: Fax:

05 Verlegung nach: Hause
Kontaktperson:
Telefon: Fax:

06 Behandelnder Arzt (Hausarzt / Facharzt)
Name:
Telefon:
Fax / E-Mail:

07 Pflegerelevante Vorerkrankungen:
Infektionen (z.B. MRSA, ORSA)
Letzter Krankenhausaufenthalt; Ort:

08 Allergien / Unverträglichkeiten
Allergiepaß: Ja Nein
Art:

09 Behandlungspflegehinweise (z.B. Wundversorgung):

18 Essen und Trinken
Hilfe beim Essen: A B U tÜ vÜ
Hilfe beim Trinken: A B U tÜ vÜ
Zahnprothese(n): oben unten
 Kauprobleme Durstgefühl eingeschränkt
 Schluckprobleme Appetit eingeschränkt
 Schmerzen im Mund
Empfohlene Trinkmenge (ml/Tag):
Sondentyp: Sonde gelegt am:
Sondennahrung: Menge (ml):
Tee: Menge (ml):
Verabreichung per: Spritze Pumpe Schwerkraft
Essen auf Rädern: Ja Nein
Informiert: Ja Nein
Bemerkungen (z.B. Diät, Vorlieben und Abneigungen, Essen auf Rädern):

19 Körperpflege

	Hilfsbedarf	Bemerkungen
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Intimpflege	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Oberkörper	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Unterkörper	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Haarpflege	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Nagelpflege	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Mundpflege	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	
Rasur	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> tÜ <input type="checkbox"/> vÜ	

An- und Auskleiden:
oben A B U tÜ vÜ
unten A B U tÜ vÜ

20 Für Sicherheit sorgen / psychische Situation
Bewusstseinslage: wach schläfrig
Tagesstruktur: Ja Nein (z.B. mehrere amb. Einsätze)
Psychische Veränderungen:
Motivation und Antrieb:
 Hypermobilität Ängste Ablehnen von Hilfe
 Unruhezustände depressive Verstimmung
Orientiert: Ja Nein zeitweise
Orientierungsstörung: zeitlich örtlich zur Person situativ
Bemerkungen (z.B. Sturzgefahr, Weglauftendenz, Haushaltshilfe, -notruf, Benachrichtigung des sozialpsychiatrischen Dienstes, Hospiz):

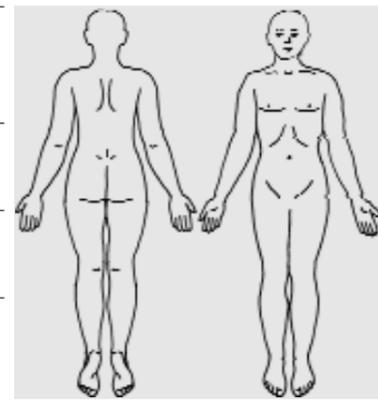
10 Aktuelle Medikation siehe Anlage / Entlassungsschein

Medikament / Injektion	Uhrzeit				
Bedarfsmedikation / Indikation:					

Letzte Medikation: morgens mittags abends.
Zeit:
Letztes BTM-Pflaster: Datum / Uhrzeit

11 Vorhandene / verordnete Hilfsmittel

12 Hautzustand
Hautbeschaffenheit:
Dekubitus (Grad): 1 2 3 4
(siehe Grafik)
Größe:
 Ulcus. Größe:
Lokalisation:
 Pilzinfektion
Lokalisation:
 Anlage: Wund-dokumentation



21 Sich beschäftigen
 Lesen Radio TV
Besondere Interessen:

22 Sich als Mann / Frau fühlen
Bemerkungen (z.B. Informationen zum Schamgefühl, besondere Wünsche):

23 Ausscheiden
Richten der Kleidung: A B U tÜ vÜ
Hygienische Nachsorge: A B U tÜ vÜ
Stuhlgang: normal neigt zu Durchfällen
 Obstipation
Stuhlinkontinenz: ja gelegentlich
Stoma: Colostoma Ileostoma Urostoma
 Betreuung durch Stomatherapeuten
letzter Wechsel / Stuhlgang:
Versorgungsartikel:
Urininkontinenz: ja gelegentlich
Versorgungsartikel: Suprapub. Katheter
 DK; Ch.-Nr.:
Ableitungssystem gelegt am:
 Kontinenztraining
Bemerkungen:

24 Anlagen:
 Mediplan Wunddokumentation
 Betreuerausweis Patientenverfügung
 Sonstiges
Telefonische Nachfrage erfolgt am... um...
Bemerkungen:

Datum / Unterschrift Pflegekraft

Legende. Bitte den notwendigen Hilfebedarf einschätzen:

A Anleitung	verbal anleiten, auffordern, begleiten
B Beaufsichtigung	z.B. erinnern, kontrollieren
U Unterstützung	bereitstellen, nachbereiten
tÜ teilweise Übernahme	weitergehende Hilfestellung in der Pflege
vÜ vollständige Übernahme	