

Pflegeüberleitungsbogen

01 Persönl. Daten

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____.____.____ Aufkleber (Kostenträger/Krankenkasse)

Personalausweis Krankenversichertenkarte

Zusatzversicherung Zuzahlungsbefreiung: Ja Nein

Religion: _____ Muttersprache: _____

deutsch andere:

Wertgegenstände (ggf. Anlage):

Schmuck Geld

Wohnungsschlüssel anderes: _____

Pflegestufe bewilligt 0 1 2 3 Härtefall

Pflegestufe beantragt am: _____.____.____ Eilverfahren

	beantragt	genehmigt bis
Häusl. Krankenpflege	<input type="checkbox"/>	____.____
spez. amb. Palliativ Versorgung (SAPV)	<input type="checkbox"/>	____.____
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>	____.____

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

04 Häusliche Situation

alleinlebend lebt mit Partner /Angehörigen

Betreute Wohnform selbstständig

nur ungenügend gesichert gesichert

Sozialdienst notwendig/eingeschaltet

Name: _____

Telefon: _____

05 Verlegung von: _____

Kontaktperson: _____

Telefon: _____ Fax: _____

06 Verlegung nach: _____ Hause

Kontaktperson: _____

Telefon: _____ Fax: _____

07 Behandelnder Arzt (Hausarzt / Facharzt)

Name: _____

Telefon: _____

Fax / E-Mail: _____

08 Pflegerelevante Vorerkrankungen: _____

Infektionen (z.B. MRSA): _____

Besiedelt Lokalisation: _____

Saniert

Letzter Krankenhausaufenthalt; Ort: _____

09 Allergien / Unverträglichkeiten

Allergiepaß: Ja Nein

Art: _____

10 Aktuelle Medikation siehe Anlage / Entlassungsschein

Letzte Medikation: morgens mittags abends.

Zeit: _____

Letztes BTM-Pflaster: Datum / Uhrzeit _____

11 Vorhandene / verordnete Hilfsmittel

	vorhanden	beantragt
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

12 Hautzustand

Hautbeschaffenheit: _____

Dekubitus 1 2 3 4

(siehe Grafik)

Größe: _____

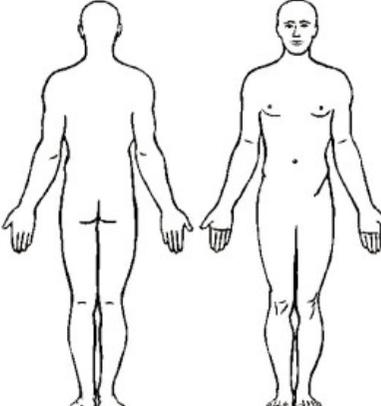
Ulcus. Größe _____

Lokalisation _____

Pilzinfektion _____

Lokalisation _____

Anlage: Wund-dokumentation _____



13 Gewicht / BMI

14 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

15 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):

16 Ruhen und Schlafen

Einschlaf- Durchschlafstörungen Schlafumkehr

Bemerkungen
(z.B. Bett an Wand, freistehend):

17 Atmung

Atemgeräusche Auswurf

O²-Gerät Inhalationsgerät

Tracheostoma

Letzter Wechsel der Kanüle am:

Bemerkungen
(z.B. Rauchen):

18 Kommunikation Einschränkungen beim:

Sprechen Verstehen

Lesen Schreiben

Blindheit Brille

Schwerhörigkeit Hörgerät: rechts links

Verwirrtheit

Bemerkungen:

19 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):

Flüssigkeit: Menge (ml):

Verabreichung per: Spritze Pumpe Schwerkraft

Essen auf Rädern: Ja Nein

Informiert: Ja Nein

Bemerkungen (z.B. Diät, Vorlieben und Abneigungen, Essen auf Räder):

20 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

21 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:

22 Sich beschäftigen

Lesen Radio TV

23 Sich als Mann / Frau fühlen

Bemerkungen (z.B. Informationen zum Schamgefühl, besondere Wünsche):

24 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:

25 Anlagen:

Medikamentenplan 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	Baufsichtigung	z.B. erinnern, kontrollieren
U	Unterstützung	bereitstellen, nachbereiten
tÜ	teilweise Übernahme	weitergehende Hilfestellung in der Pflege
vÜ	vollständige Übernahme	