

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 nein unentschlossen Krankensalbung erwünscht: ja nein unentschlossen

Soziale Aspekte Abschnitt nicht bearbeitet

Alleinlebend Zusammenlebend mit _____

Hauptbezugsperson (Name, Adresse, Tel.Nr., Handy Nr., Beziehung)

Bisherige Versorgung durch (Name):

Selbständig Angehörige Ambulanten Pflegedienst Stationäre Einrichtung

Pflegebereitschaft der Angehörigen Ja Nein

Häusliche Wohnsituation Haus: Wohnung

Erdgeschoss Stock: _____ Treppen: _____ Stufen: _____ Lift

Bettenart (Ehebett o.ä.):

Badewanne Dusche Hoher Einstieg Niedriger Einstieg

Hilfsmittel vorhanden / beantragt

Pflegebett v / b Toilettensitzerhöhung v / b Rollator v / b AD- Matratze v / b

Rollstuhl v / b Toilettensstuhl v / b Gehstock v / b v / b

Pflegestufe: nein ja Stufe: Beantragt: ja am: nein Termin MDK: nein ja am:

Verlegung: gehend sitzend liegend Aktuelle PPR:

Begleitung: allein Angehörige:

Wertgegenstände: Brille Zahnprothese: oben: , unten: Hörgerät Ehering

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"/> | | | | |
| | | Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/> | | | | |
| Medikation laut Anordnung des Arztes | | 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)
