

Frau Herr

Name, Vorname geb. am

Straße PLZ Ort

Krankenkasse Befreiung von Zuzahlung
 ja nein

Patiententelefon

Patientenüberleitung

© Kommunale Gesundheitskonferenz Bonn

Besonderheiten / Beiliegende Anlagen

Psychische und kognitive Besonderheiten ja

MRE ja

Palliativ ja

Wunde ja

Infektionskrankheiten ja
(z.B. TBC, HEP.B, HEP.C, HIV)

Überleitung am: Uhrzeit:

Überleitung an: Pflegeheim amb. Pflegedienst Krankenhaus Reha Hospiz Häuslichkeit

Name/Einrichtung:

Grund der Überleitung, Diagnosen, aktuelle Fragestellungen, offene Probleme:

Wertsachen / Dokumente

Versichertenkarte Patienten-Verfügung Betreuungsurkunde Vorsorgevollmacht Richterlicher Beschluss
 Hausschlüssel Geldbörse Organspendeausweis Sonstiges

Soziale Aspekte **Muttersprache:** **Religion:** **Kulturelle Besonderheiten:**

alleinstehend minderjährig gesetzliche Betreuung Vermögensverwaltung Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung

Betreuer/-in, Erziehungsberechtigte/r
Name, Funktion, Adresse, Telefon

Hauptbezugsperson
Name, Funktion, Adresse, Telefon

Pflegebereitschaft der Bezugsperson: ja nein

Bisherige Versorgung: selbständig Bezugsperson amb. Pflegedienst Pflegeheim

Einstufung Pflegeversicherung nein beantragt am
 ja bewilligter Grad

Hausarzt

Notwendige Prophylaxen

Sturz Kontraktur Probleme bei der Atmung
 Dehydratation Soor / Parotitis Mangelernährung
 Harninkontinenz Thrombose Schmerz / -symptome
 Dekubitus, gefährdete Stellen Intertrigo Anmerkungen

Pflegerelevante Informationen

Zahnprothesen Port, ZVK Herzschrittmacher
 Hörgeräte Tracheostoma Blasenkatheter (TUK, SPK)
 Brille Stoma Kompressionstrümpfe / Wickel
 Raucher/in PEG / PEJ Sonstiges
 Allergien Sauerstoff

Spezielle Überwachung Blutdruck Puls Temperatur Gewicht Einfuhr Ausfuhr

Selbstversorgung

	S	ÜS	ÜU	U
Allgemeine Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<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"/>
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"/>
Intimhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nahrungsaufnahme

Mundgerechte Zubereitung / Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schluckstörung	Kostform			
<input type="checkbox"/> Ernährung parenteral oder über Sonde (Art, Häufigkeit, Menge)				

Ausscheidung

Benutzen von Toilette / Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	Bewältigung der Folgen			
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	Bewältigung der Folgen			
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Steckbecken			
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Inkontinenzmittel			
<input type="checkbox"/> Obstipationsneigung	<input type="checkbox"/> Neigung zur Diarrhoe			

Mobilität

	S	ÜS	ÜU	U
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung in Wohnumgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> U-Armgehstütze	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
<input type="checkbox"/> vollständig immobil				

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

soporös komatös somnolent

	ja	teilweise	nein
Erkennen von bekannten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikative Fähigkeiten (Hör- und Sprachverständnis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweisen und psych. Problemlagen

Psychische und kognitive Besonderheiten liegen vor

nein

ja, weiter mit Anlage psychische und kognitive Besonderheiten

Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (sofern bekannt)

	S	ÜS	ÜU	U
Gestaltung Tagesablauf / -struktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafbesonderheiten				

Bewältigung / Umgang krankheits-/therapiebedingter Anforderungen / Belastungen

	S	ÜS	ÜU	U
Bereitstellen der Tagesration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikationseinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:				

Tagesaktuelles

Letzte Mahlzeit:

Letzte Medikation:

Medikamentenplan liegt bei

Verschiedenes: (z.B. Stomawechsel, Nahrungskarenz)

Patientenanliegen

Wichtige Information aus Sicht der Patientin / des Patienten

Überleitende(r) Person / Bereich

Name, Funktion, Adresse, Telefon

Datum _____ Name / Unterschrift _____

Abkürzungen: S: selbständig, Üs: überwiegend selbständig, ÜU: überwiegend unselbständig, U: unselbständig