



(Logo/Stempel)

Pflegeüberleitung



Überleitung von:

1. Patient:

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Anschrift:

Telefonnummer:

Familienstand:

Versicherungsnummer

 Pflegegrad vorhanden nein 1 2 3 4 5

Beantragt am:

 Bisherige Versorgung: zu Hause in stationärer Pflegeeinrichtung bei Angehörigen/Bezugspersonen
 selbstständig mit Hilfe durch Angehörige/Bezugsperson Ambulanter Pflegedienst

 Pflegebereitschaft der Bezugspersonen ja teilweise nein

 Patientenverfügung vorhanden ja nein nicht bekannt in Kopie vorliegend
 Vorsorgevollmacht ja nein nicht bekannt in Kopie vorliegend

 Infektionskrankheiten vorhanden: MRE-Bogen mitgegeben
 nachfolgende Einrichtung, Rettungsdienst, Hausarzt informiert am:

2. Bezugsperson:

Name/ Vorname:

Anschrift (optional):

Telefonnummer:

Verhältnis/Verwandtschaftsgrad:

3. Betreuer (wenn abweichend von Bezugsperson):

Name/ Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer:

Betreuungsbereich(e):

Betreuung/Betreuungsvollmacht(en) vorhanden ja nein nicht bekannt in Kopie vorliegend

4. Hausarzt:

Name/ Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer:

5. Diagnosen, Allergien und Cave:

Diagnosen:

Allergien:

Cave:

6. Medikation:

Medikation:

Medikation laut Anordnung des Arztes: oral parenteral Magensonde/PEG

Medikamenteneinnahme: selbstständig mit Hilfe unter Aufsicht vollständige Übernahme

Bei der Einnahme zu beachten:

Medikamente mitgegeben bis:

7. Wunden:

Wunde vorhanden ja nein Wundbegleitbogen mitgegeben Wundbegleitbogen gefaxt

Wundmaterialien mitgegeben bis: letzter Verbandwechsel:

Dekubitus Ulkus Gangrän Diabetisches Fußsyndrom OP-Wunde

| 8. Kommunikation und Orientierung | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Sprechen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hilfsmittel: | Sprache: | |
| Sehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Brille | |
| Hören | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Hörgerät: | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> mitgegeben |
| Orientierung: | <input type="checkbox"/> zeitlich | <input type="checkbox"/> örtlich | <input type="checkbox"/> zur Person | <input type="checkbox"/> situativ | <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz |
| Besonderheiten: | | | | | |

| 9. Schlafverhalten und Psychische Situation | |
|--|--|
| Schlafverhalten: | <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände <input type="checkbox"/> Tag-Nacht-Umkehr |
| Psychische Situation: | |
| Besonderheiten: | |

| 10. Mobilität | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | |
| Lagerung notwendig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Lagerungsintervall: <input type="checkbox"/> Lagerungssystem: |
| Bisherige Therapien: | <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Lymphdrainage |
| Hilfsmittel vorhandene: | <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Prothese (Art, Körperteil): |
| Hilfsmittel bestellt: | |
| Besonderheiten: | |

11. Ausscheidung

selbstständig mit Hilfe vollständige Übernahme

Hilfsmittel: Toilettensstuhl Urinflasche Kondomurinal

kontinent harninkontinent stuhlinkontinent

Inkontinenzmaterialien:

Transurethraler Blasendauerkatheter Suprapubischer Blasendauerkatheter Ch.:

gelegt/gewechselt am: Beutelwechsel am:

Stoma Art: Versorgung mit:

Besonderheiten:

12. Körperpflege und Kleiden

selbstständig mit Hilfe vollständige Übernahme

Hautbeschaffenheit: intakt trocken Sonstiges:

Besonderheiten:

13. Ernährung

selbstständig mit Hilfe vollständige Übernahme Schluckstörung vorhanden

Risiko einer Mangelernährung: ja nein

Größe (m): Gewicht (kg): BMI (kg/m²):

Kostform:

Trinkmengenbeschränkung: ja nein Menge (ml/Tag):

PEG-Sonde vorhanden gelegt am: gewechselt am:

Sondenkostart: Flussrate (ml/Std.):

14. Dokumente und Wertgegenstände

Folgende Unterlagen werden mitgegeben:

- Krankenkassenkarte Marcumapass Allergiepass Implantatpass
 Röntgen-CD Arztbrief Sonstiges:

Folgende Wertgegenstände werden mitgegeben (bitte jeweils Anzahl und Farbe angeben):

- Ring: Kette: Armband: Ohrring: Uhr: Geld:
 Handtasche: Portemonnaie: Sonstiges:
 Zahnprothese voll teil oben unten mitgegeben

Besonderheiten:

Datum:

Unterschrift der Pflegefachkraft: