



(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

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Kondomurinal
<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> harninkontinent	<input type="checkbox"/> stuhlinkontinent	
Inkontinenzmaterialien:			
<input type="checkbox"/> Transurethraler Blasendauerkatheter	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Blasendauerkatheter	Ch.:	
gelegt/gewechselt am:		Beutelwechsel am:	
<input type="checkbox"/> Stoma	Art:	Versorgung mit:	
Besonderheiten:			

12. Körperpflege und Kleiden

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	
Hautbeschaffenheit:	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Besonderheiten:			

13. Ernährung

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	<input type="checkbox"/> Schluckstörung vorhanden
Risiko einer Mangelernährung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Größe (m):	Gewicht (kg):	BMI (kg/m ²):	
Kostform:			
Trinkmengenbeschränkung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Menge (ml/Tag):
<input type="checkbox"/> 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: