

Einrichtung + Anschrift

Pflegeüberleitung

Station,	Pflegekraft,	Tel:	
Patient Name, Vorname: Strasse : PLZ Ort : Geburtsdatum: Telefon: Versicherung :		Diagnosen	
Überleitung am An Fachbereich: Adresse:	MRE-Träger: <input type="checkbox"/> nicht getestet / nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Befund steht aus (trifft ein Merkmal zu, siehe unten) Datum+Lokalis. Abstrich: _____ Erreger: _____ Lokalisation (bei pos. Befund): _____ Sanierung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ mit: _____ <input type="checkbox"/> Patient über MRE informiert Bei MRSA-Besiedlung ist eine entspr. Anlage anzufügen!		
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:		Gesundheits Sorge <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:	Bemerkungen:		
Seelsorge erwünscht:	Krankensalbung erwünscht:		
Soziale Aspekte		Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/>	
Alleinlebend <input type="checkbox"/>	Zusammenlebend mit <input type="checkbox"/>		
Hauptbezugsperson (Name, Adresse, Tel.Nr., Handy Nr., Beziehung)			
Bisherige Versorgung durch (Name):			
Selbständig <input type="checkbox"/>	Angehörige <input type="checkbox"/>	Ambulanten Pflegedienst <input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/>	
Pflegebereitschaft der Angehörigen		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Häusliche Wohnsituation		Haus: <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/>	
Erdgeschoss <input type="checkbox"/>	Stock	Treppen Stufen Lift <input type="checkbox"/>	
Bett:			
Badewanne <input type="checkbox"/>	Dusche <input type="checkbox"/>	Hoher Einstieg <input type="checkbox"/> Niedriger Einstieg <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel vorhanden / beantragt	Pflegebett v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/>	Toilettensitzerhöhung v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/>	Rollator v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/> AD- Matratze v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/>
	Rollstuhl v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/>	Gehstock v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> / b <input type="checkbox"/>
Pflegestufe: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		Beantragt: ja <input type="checkbox"/> am nein <input type="checkbox"/> Termin MDK: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> am	
Verlegung:		gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> Aktuelle PPR:	
Begleitung:		allein <input type="checkbox"/> Angehörige:	
Wertgegenstände:		Brille <input type="checkbox"/> Zahnprothese: oben: <input type="checkbox"/> , unten: <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Ehering <input type="checkbox"/>	
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:						
Pflegemittel:						
Gewohnheiten:						
Besondere Bekleidungsünsche:						
Ernährung					Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/>	
Größe (cm)	0	Gewicht (kg)	0	BMI	0	
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"/>		ml Tee: ml,		
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	<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"/>	
Weglauftendenz	<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 nicht 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"/>					
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"/>					
Medikation laut Anordnung des Arztes		Abschnitt nicht bearbeitet <input type="checkbox"/>				
		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 <i>Anleitung</i> <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)