

Frau	Herr
_____ Name, Vorname	_____ geb. am
_____ Straße, Hausnr.	_____ Telefon
_____ PLZ Ort	
_____ Krankenkasse	

Patientenüberleitung

© Zukunftsregion Gesundheit – Landkreis Emsland

(Name / Kontaktdaten der ausstellenden Einrichtung)

Überleitung am:	Uhrzeit:	Hausarzt:					
An: amb. Pflegedienst	Krankenhaus	Pflegeheim	Reha	Hospiz	Häuslichkeit	Kurzzeitpflege	Tagespflege
Name der Einrichtung:							
Antikoagulantientherapie	Dialysepatient	Demenzkrankung	Diabetes				
Aktuell bestehende MRSA - Besiedelung/Infektion	ja, siehe Anlage	sanierungs-/behandlungsbedürftig			ja, siehe Anlage		
	nein				nein		
Bekannte Infektionskrankheiten:	ja	nein	nähere Angaben:				

1. Soziale Aspekte	alleinstehend	Muttersprache:	Religion:			
Angehörige / Hauptbezugsperson	_____ Name					
	_____ Vorname		_____ Telefon			
(Verwandtschaftsgrad, z.B. Frau, Sohn)	_____ Straße		_____ PLZ		_____ Ort	
gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter / Erziehungsberechtigter	Gesetzlicher Betreuer	Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht	richterl. Beschluss	Organspendeausweis	
	Bevollmächtigter	☞ ☞ Die o.g. Dokumente sind in Kopie als Begleitpapiere mitgegeben!				
	_____ Name		_____ Vorname		_____ Telefon	
	_____ Straße		_____ PLZ		_____ Ort	
Pflegerische Versorgung in der häuslichen Umgebung gesichert:	ja		nein			
Bisherige Versorgung:	selbstständig		Bezugsperson	amb. Pflegedienst	Pflegeheim	
Einstufung Pflegeversicherung:	nein		beantragt am:			
	ja		bewilligter Pflegegrad: Höherstufung beantragt am:			
Reha-Maßnahme:	beantragt am:					
weitere Betreuungsleistungen:	nein		ja:			

2. Wertsachen/Dokumente							
Hausschlüssel	Geldbörse	Kreditkarte	Herzschrittmacher-Ausweis				
Versichertenkarte	Uhr	Brille	Hörgerät	rechts	links		
Zahnprothese	oben	unten	Sonstiges:				

3. Allgemeine Pflege	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad, Dusche	Waschbecken
Körperpflege							
Mundpflege							
Zahnprothese							
Rasieren							
Kämmen							
An/ Auskleiden							
Hautbeschaffenheit	intakt	trocken	fettig	Juckreiz			
Sonstiges:							
Pflegemittel:							

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
-------	----------	-------------

4. Mobilität	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Hilfsmittel und persönl. Hilfe
Aufstehen					
Gehen					
Transfer					
Toilettengang					
Sitzen auf dem Stuhl					
Beweglichkeit im Bett					
Bemerkung:					
Bettlägerig	ja	nein	Lagerungshilfsmittel:		
Lagerungsart					
Lagerungswechsel/Häufigkeit					

5. Hilfsmittel					
Sonstiges:					
v= vorhanden b= beantragt	Pflegebett	Ernährungspumpe	Rollstuhl	Rollator	Toilettenstuhl
	v b	v b	v b	v b	v b

6. Ausscheidungen					
Flüssigkeitsbilanzierung	ja	nein			
Hilfsmittel	nein	urinflasche	steckbecken	toilettenstuhl	
Stuhlgang	neigt zu Verstopfung		normal	neigt zu Durchfällen	
Stuhlinkontinenz	ja	nein		zeitweise	
Harninkontinenz	ja	nein		zeitweise	
Versorgungssystem	selbstständig		mit Hilfe		
transurethraler Harnblasenkatheter	gelegte/gewechselt am:		Anus praeter	Einmalinkontinenzartikel	
suprapubischer Harnblasenkatheter				Bisher versorgt mit:	
CH				tagsüber:	
				nachts:	
Letzter Stuhlgang:					

7. Prophylaxen			
Kontraktur	Dekubitus	Thrombose	Pneumonie
Sturz	Intertrigo	Soor/ Parotitis	Obstipation

8. Dekubitus		
nein	ja (Lokalisation, Größe + Grad siehe Grafik)	
Risiko gemäß:	ja: (Punkte)	nein

9. Schlaf		
ungestört	Schlafstörungen	nächtliche Unruhezustände
Besonderheiten:		

10. Bewusstseinslage			
wach / ansprechbar	somnolent	soporös	komatös

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
-------	----------	-------------

11. Ernährung					
selbstständig	braucht Anregung		braucht Hilfe		
Schluckstörung	mundgerechte Zubereitung		vollständige Hilfe		
Körpergröße in cm:	Aktueller BMI:	Aktuelles Körpergewicht in kg:			
Letzte Mahlzeit am:	um:	Uhr			
Diät	Welche:				
Sondentyp	Sonde gelegt am:				
Verabreichung per:	Ernährungspumpe		Schwerkraft		Spritze
tägliche Menge Sondenkost	ml	Flussrate:	ml/h	Wasser: ml	Flussrate: ml/h
Bezeichnung der Sondenkost:					
tägliche Kalorienzufuhr	kcal				
Orale Ernährung zusätzlich:	ja		nein		
tägliche BE:	tägliche Trinkmenge ml		BMI:		
Parentale Ernährung	Nahrungskarenz				
Trinkverhalten selbstständig	Anhalten zum Trinken	Flüssigkeitsrestriktion	nein	ja wenn ja, ärztlich verordnete max. Grenze/24Std. in ml:	

12. Spezielle Aspekte			
Palliativpflege	nein	ja:	
Allergien	nein	ja	Allergiepass vorhanden
Art			
Pilzinfektion	nein	ja, (Lokalisation siehe Grafik)	
Wunden: z.B. OP- Wunden, Ulcus cruris	nein	ja, (Lokalisation siehe Grafik)	
Chron. Schmerz	nein	ja	
Herzschrittmacher	nein	ja	
Sonstiges:			

13. Kommunikation	ohne Einschränkung	mit Einschränkung	zeitweise eingeschränkt
Sprache			
Sprachverständnis			
Gehör			
Sehen			
Schrift			

14. Orientierung / Psyche	ja	nein	zeitweise
Zeitlich			
Persönlich			
Örtlich			
Situativ			
Hinlauffähigkeit			

15. Atmung			
unauffällig	kardialer Stau	Schmerzen	Rauchen
Husten	Verschleimung	Auswurf	Asthma
Tracheostoma	Silberkanüle	Silikonkanüle	
Absaugen	Kanülengröße	Kanülenart	

16. Spezielle Überwachung				
Blutdruck	Port	Einfuhr	Schmerz	Gewicht
Atmung	Puls	Ausfuhr	Temperatur	

17. Therapien		
Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

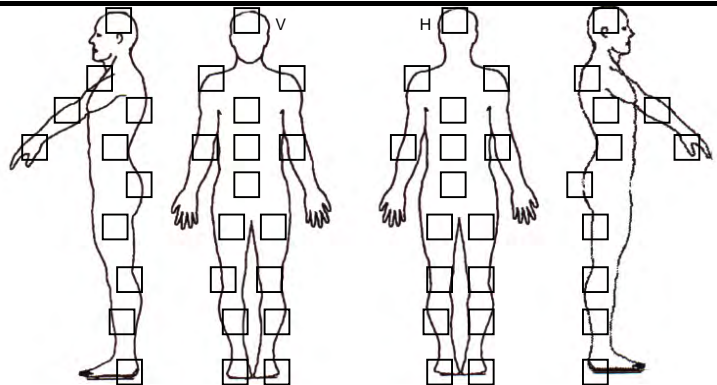
18. Psychosoziale Aspekte

Antriebsstörung:	gesteigerter Antrieb	geminderter Antrieb	
Psychomotorische Unruhe:	ja	nein	zeitweise
gestörter Tag- / Nachtrhythmus:	ja	nein	zeitweise
aggressives Verhalten:	ja	nein	zeitweise
Angst:	ja	nein	zeitweise
Bemerkung:			
Wahnvorstellungen:	ja	nein	zeitweise
Gefährdungsaspekte:			
Suchtmittelkonsum:	ja	Bemerkung:	nein

19. Bisherige Versorgung / Bemerkung / Besonderheiten / (z.B. Behinderungen, biographische Merkmale / Vorlieben-Abneigungen):

Empty box for patient history and care notes.

20. Lokalisationsschema, Art, Grad und Größe:



21. Medikamente

Einnahme	selbstständig	Bereitstellen der Tagesration	Überwachung der Einnahme	letzte Medikation: Datum:	Uhrzeit
Injektion	selbstständig	mit Anleitung	vollständige Übernahme		
Insulinverabreichung per	Pen	Spritze	Insulinpumpe		
Blutzuckerkontrolle	morgens	mittags	abends	Häufigkeit: x täglich	x wöchentlich

22. Spezielle Behandlungspflege

Beschreibung der Maßnahme	Zeitintervall	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Nachts

Telefon- Nummer _____ Datum _____ Name / Unterschrift der Pflegefachkraft _____

Anlagen: Überleitungsbogen MRSA
 MRSA-Sanierungs-Übergabebogen
 Á
 X[!•[!* ^ç[||{ æ&Á
 Á
 !æ@!|ZÓ^•&@•• ÁU!*æ•] ^) á^æ•, ^ã Á