

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

# Patientenüberleitung

© Zukunftsregion Gesundheit – Landkreis Emsland

(Name / Kontaktdaten der ausstellenden Einrichtung)

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

<b>1. Soziale Aspekte</b>	alleinstehend	Muttersprache:	Religion:				
<b>Angehörige / Hauptbezugsperson</b>	_____ Name						
(Verwandtschaftsgrad, z.B. Frau, Sohn)	_____ Vorname		_____ Telefon				
	_____ Straße		_____ PLZ		_____ Ort		
<b>gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter / Erziehungsberechtigter</b>	Gesetzlicher Betreuer Bevollmächtigter	Patientenverfügung ☞ ☞ Die o.g. Dokumente sind in Kopie als Begleitpapiere mitgegeben!	Vorsorgevollmacht	richterl. Beschluss	Organspendeausweis		
	_____ Name		_____ Vorname		_____ Telefon		
	_____ Straße		_____ PLZ		_____ Ort		
<b>Pflegerische Versorgung in der häuslichen Umgebung gesichert:</b>	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:				

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

<b>3. Allgemeine Pflege</b>	<b>selbstständig</b>	<b>mit Anleitung</b>	<b>teilweise Übernahme</b>	<b>vollst. Übernahme</b>	<b>Bett</b>	<b>Bad, Dusche</b>	<b>Waschbecken</b>
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 v    b	Ernährungspumpe v    b	Rollstuhl v    b	Rollator v    b	Toilettenstuhl v    b

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

<b>11. Ernährung</b>					
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:	

<b>12. Spezielle Aspekte</b>			
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:			

<b>13. Kommunikation</b>	ohne Einschränkung	mit Einschränkung	zeitweise eingeschränkt
Sprache			
Sprachverständnis			
Gehör			
Sehen			
Schrift			

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

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

<b>16. Spezielle Überwachung</b>				
Blutdruck	Port	Einfuhr	Schmerz	Gewicht
Atmung	Puls	Ausfuhr	Temperatur	

<b>17. Therapien</b>		
Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

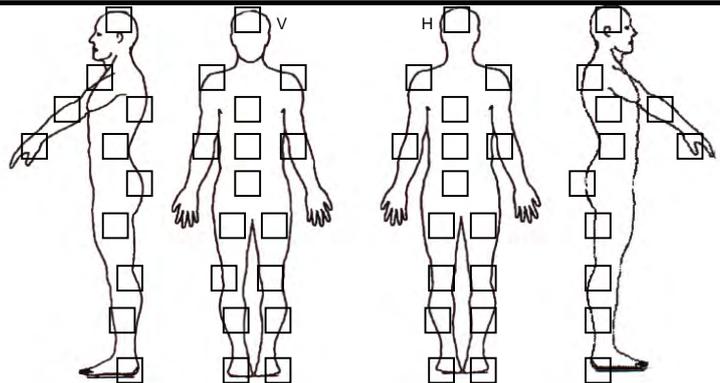
**18. Psychosoziale Aspekte**

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