

# Patientenüberleitung

## Gesundheitskonferenz Rhein-Sieg-Kreis

Frau  Herr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Patienten-Telefon \_\_\_\_\_

Adressaufkleber

Logo

vorläufig  endgültig

Überleitung am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

An:  amb. Pflegedienst  Krankenhaus  Pflegeheim  Reha  Hospiz  Häuslichkeit Name/Einrichtung: \_\_\_\_\_

**1 Soziale Aspekte**

alleinstehend  minderjährig  Gesetzlicher Betreuer  Vermögensverwaltung  Gesundheitsvorsorge  Aufenthaltsbestimmung

Betreuer/Erziehungsberechtigter:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Hauptbezugsperson:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**2 Wertsachen/Dokumente**

Hausschlüssel  Geldbörse  Kreditkarte  richterlicher Beschluss

Versichertenkarte  Organspendeausweis  Uhr  Patientenverfügung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Pflegebereitschaft der Bezugsperson:  ja  nein

Bisherige Versorgung:  selbständig  Bezugsperson  amb. Pflegedienst  Pflegeheim

Einstufung Pflegeversicherung:  nein  beantragt am \_\_\_\_\_

ja bewilligte Stufe: \_\_\_\_\_

**3 Grundpflege**

	selbstständig	mit Anleitung	teilw. Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad/Dusche	Waschbecken
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hautbeschaffenheit:  intakt  trocken  fettig  Juckreiz

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Pflegemittel: \_\_\_\_\_

**5 Ausscheidungen**

Flüssigkeitsbilanzierung:  ja  nein  Gewichtskontrolle

Hilfsmittel:  nein  Urinflasche  Steckbecken  Toilettenstuhl

Stuhlgang:  neigt zu Verstopfung  normal

neigt zu Durchfällen  digitale Ausräumung

Stuhlinkontinenz:  ja  nein  zeitweise

Harninkontinenz:  ja  nein  zeitweise

Versorgungssystem:  selbständig  mit Hilfe

transur. Blasenkatheter  suprapub. Harnblasenkatheter  CH

Anus praeter  Einmalinkontinenzartikel

Gelegt/gewechselt am: \_\_\_\_\_

bisher versorgt mit: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

**4 Mobilität**

	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe
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"/>
Toilettengang	<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"/>
Beweglichkeit im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel:  Unterarmgehstütze  Gehstock  Rollstuhl

Toilettenstuhl  Rollator

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bettlägerig:  ja  nein

Lagerungsart: \_\_\_\_\_

Lagerungswechsel/Häufigkeit: \_\_\_\_\_

**6 Prophylaxen**

Kontraktur  Dekubitus  Soor/Parotitis  Thrombose

Pneumonie  Intertrigo  Sturz  Obstipation

**7 Dekubitus**

nein  ja (Lokalisation, Größe+Grad siehe Grafik)

Risiko gemäß: \_\_\_\_\_  ja  nein

**8 Schlaf**

ungestört  Schlafstörungen  nächtliche Unruhezustände

Schlafphase:  links  rechts  Bauch  Rücken

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Name	Vorname
Geb.-Datum	

### 9 Ernährung

selbständig     braucht Anregung     braucht Hilfe  
 Schluckstörung     mundgerechte Zubereitung     vollständige Hilfe

Letzte Mahlzeit:

Sondenkost:  ja     nein

Sondentyp:  Sonde gelegt am:

Verabreichung per:  Ernährungspumpe     Schwerkraft     Spritze

tägliche Menge Sondenkost: ml  Tee: ml

tägliche Kalorienzufuhr: kcal

Orale Ernährung zusätzlich:  ja     nein

tägliche BE:  tägliche Trinkmenge ml  BMI:

Parenterale Ernährung     Nahrungskarenz  
 Trinkverhalten selbständig     Anhalten zum Trinken

### 10 Spezielle Aspekte

MRE:  nein     ja/Anlage     nicht untersucht

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)

Wundschmerz:  nein     ja

Herzschrittmacher  nein     ja    Letzte Kontrolle am:

### 16 Medikamente

Einnahme:  selbständig     Bereitstellen der Tagesration     Überwachung der Einnahme    letzte Medikation: Uhrzeit

Injektion:  selbständig     mit Anleitung     vollständige Übernahme    Marcumapass  nein     ja

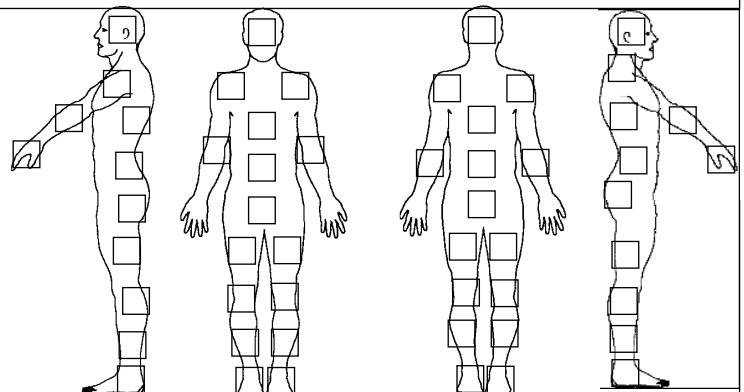
Insulinverabreichung per:  Pen     Spritze     Insulinpumpe

Blutzuckerkontrollen:  morgens     mittags     abends    Häufigkeit:  x täglich     x wöchentlich

**17 Mitgegebene Unterlagen**  Labor     Vorberichte     Bilder     Arztbrief     Medi-Plan     Sonstiges (z.B. Anlage MRE)   
 Der Überleitungsbogen wurde der Patientin / dem Patienten mitgegeben. Patientin / Patient übergibt die Unterlagen persönlich.

**18 Bisherige Versorgung/Bemerkung/Besonderheiten:** Integrierte Versorgung

### 19 Lokalisation / Grad / Größe / Materialempfehlung:



**11 Bewusstseinslage**  
 wach/ansprechbar     soporös     komatös     somnolent

Kommunikation	ohne Einschränkung	mit Einschränkung	zeitweise eingeschränkt	Orientierung/ Psyche		
				ja	nein	zeitweise
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Weglauffendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12 Atmung

unauffällig     kardialer Stau     Schmerzen  
 Husten     Verschleimung     Auswurf  
 Rauchen     Asthma   

Tracheostoma     Silberkanüle     Silikonkanüle

Absaugen    Kanülengröße:

Kanülenart:

### 13 Spezielle Überwachung

Blutdruck     Port     Einfuhr  
 Atmung     Puls     Ausfuhr  
 Schmerz     Temperatur     Gewicht

### 14 Therapien

Physiotherapie     Ergotherapie     Logopädie

### 15 Schulung

Art der Anleitung:

Wer wurde geschult:

Telefon-Nummer

Datum

Name/Unterschrift der Pflegefachkraft

