

Multiprofessioneller Pflegeüberleitungsbogen

Arbeitsgruppe Pflegeüberleitung

KREIS STORMARN



Übergebende Einrichtung / ambulanter Dienst Ansprechpartner: _____ Tel.: _____ Stempel: _____		Übernehmende Einrichtung / Dienst: _____	Information über diese Verlegung <input type="checkbox"/> Erfolgte beim An-/Zugehörigen <input type="checkbox"/> Erfolgte beim übernehmenden Dienst um _____ Uhr des Verlegungstages
Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ KK: _____ Vers.nr.: _____ Straße: _____ Ort: _____ Hausarzt: _____ Angehöriger/Bezugspersonen: _____ Telefonnummer: _____		4. Kommunikation Muttersprache: _____ Einschränkungen: <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> mitgegeben <input type="checkbox"/> Starke Sehschwäche <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Brille / Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> mitgegeben <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Schreiben <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Das Sprachverständnis ist... <input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z. B. auf prägnante Worte: <input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden <input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt	7. Sucht <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Sonstiges/Erläuterung: _____
1. Vollmachten & Verfügungen Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter Aufgabenkreise: <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung Name, Vorname: _____ Telefon: _____		5. Infektionen Multiresistente Erreger oder ansteckende Krankheiten: _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art und Lokalisation: _____ _____ Sanierung begonnen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	8. Orientierung & Kognition persönlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise situativ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise örtlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise zeitlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise Gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Aggressivität <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Selbstfährdung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Vigilanz: <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös Sonstiges/Erläuterung: _____
2. Pflegegrad <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> per Eilverfahren erhalten <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt			9. Mobilität <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> kann sich mit Hilfsmitteln selbst. fortbewegen welche: _____ <input type="checkbox"/> mitgegeben <input type="checkbox"/> kann sich nicht selbst fortbewegen <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Sturzgefahr <input type="checkbox"/> Hemiparese/-plegie <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
3. Bisherige Wohnform & Hilfe <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Angehörigen / Privathilfe <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. SAPV): _____ Name des Versorgers: _____		6. Allergien & Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art und Lokalisation: _____	10. FEM <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Bettseitengitter <input type="checkbox"/> Teilseitensicherung <input type="checkbox"/> Eigener Wunsch <input type="checkbox"/> Fixierungsbeschluss Sonstiges/Anmerkungen: _____



11. Körperpflege & An- und Auskleiden

Selbständig geringe punktuelle Hilfe

überwiegend Hilfe unselbständig

Anleitung

12. Ernährung Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Einfuhrbeschränkung: _____ ml

selbständig mundgerechte Zubereitung

überwiegend personelle Hilfe unselbständig

Anleitung **Kostform:** _____

Schluckstörung

Sonde (wenn ja → Kostplan beifügen !)

parenteral über _____

Zahnprothese mitgegeben

13. Ausscheidungen

Stuhlgang normal neigt zu Durchfällen

Obstipation Stuhlinkontinenz

Letzter Stuhlgang: _____

Harn unauffällig Inkontinenz gelegentlich

Dauerkatheter SPK

Letzter Wechsel: _____ Ch: _____

Stoma Colostoma Ileostoma Urostoma

Stomatherapeut/in: _____

14. Atmung

Belastungsdyspnoe Auswurf CPAP

Trachealkanüle Sprechkanüle Tracheostoma

Größe: _____ Modell: _____

Versorger: _____

Letzter Wechsel: _____ Cuff: _____

Absaugpflichtig Ja Nein

Sauerstoffpflichtig Ja Nein

15. Schmerzen

keine akut chronisch

BTM-Pflaster Letzter Wechsel: _____

Beschreibung (z.B. Erstverordnung BTM): _____

16. Lokalisationsdiagramm für Wunden

Dekubitus Ja Nein

Sonstige Wunden Ja Nein

Ventral **Dorsal**

Wunde/ Rötung einzeichnen

Kategorie/Sonstiges: _____

Wundversorgung: _____

Wundberater/in: _____

17. Weitere Informationen an das Pflegeteam

(z.B. pflegerelevante Diagnosen, Kontrakturen, SAPV beantragt, KZP nach §39c SGB V, besondere Zu- und Abgänge wie Port)

18. Zustimmung zur Datenübermittlung des Patienten oder gesetzlichen Vertreters

liegt vor (entweder schriftlich oder mündlich erteilt und dokumentiert)

entfällt aufgrund einer notfallmäßigen Verlegung wie Krankenhausaufnahme (rechtfertigender Notstand gem. §34 StGB)

19. Anlagen & Mitgegebenes

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung

Medikamentenplan Medikamente mitgegeben

Arztbrief

Wundversorgung/-beschreibung

Allergiepass Marcurmarausweis

Herzschrittmacher-Pass Kostplan

Spritzenschema Stomaversorgung

Diabetikerausweis MRE Bogen/Sanierungsplan

Wohnungsschlüssel

Gesundheitskarte Personalausweis

Sonstiges (z.B. Portemonnaie) :