

# Bogen zum Überleitungsmanagement im östl. Ruhrgebiet

**Patient/in**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

KV-Nummer \_\_\_\_\_

Hausarzt/-ärztin \_\_\_\_\_

Patientenverfügung  ja  angeregt/eingeleitet  nein

Vorsorgevollmacht  ja  angeregt/eingeleitet  nein

Betreuungsvollmacht  ja  angeregt/eingeleitet  nein

**Von**

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in \_\_\_\_\_

Wohnbereich/Station \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

**An**

\_\_\_\_\_

**Pflegeversicherung**

Antrag gestellt/genehmigt  ja  nein

Pflegegrad \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Geldleistung  Sachleistung  Kombileistung

stat. Pflege  amb. Pflege

**Pflegeperson**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Höherstufungsantrag  ja  nein

gestellt am \_\_\_\_\_

Versorgung gesichert (MDK)  ja  nein

Falls nein, Begründung \_\_\_\_\_

Sozialhilfeträger zur Einleitung \_\_\_\_\_

Pflegeassessment informiert  ja  nein

**Soziale Situation**

Allein lebend  ja

Lebt mit \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Betreuung durch Angehörige  ja  nein

Angehörige verständigt  ja  nein

**Gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)**

beantragt  liegt vor

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Aufenthaltsbestimmungsrecht  Gesundheitsfürsorge

Finanzbereich  Post

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Schwerbehinderung**

ja  nein

Grad \_\_\_\_\_ Merkzeichen \_\_\_\_\_

**Bezugsperson**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel**

	vorhanden	verordnet	beantragt
Badewannenlifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma _____			

**Andere Dienste**

(Art/Name der Einrichtung/des Pflegedienstes)

Ambul. Pflegedienst \_\_\_\_\_

Tagespflege \_\_\_\_\_

Hausnotruf \_\_\_\_\_

Hausw. Versorgung \_\_\_\_\_

Essen auf Rädern \_\_\_\_\_

Pflegeberatung § 7a \_\_\_\_\_

Pflegestützpunkt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Diagnosen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

- Herzschrittmacher  ja  nein  
 Implantierter Defibrillator  ja  nein  
 Dialyse  ja  nein  
 Marcumar  ja  nein  
 Infektionskrankheiten  ja  nein

MRE  ja (s. Anlage)  nein

Chronische Schmerzen  ja  nein

Schmerzmessung  ja, am \_\_\_\_\_  nein

Wert lt. ECPA \_\_\_\_\_ Wert lt. NRS-/VAS-/VRS-Skala \_\_\_\_\_

Patient/in kennt seine/ihre Diagnose  
 ja  nein

**Atmung und Kreislauf**

**Atmung**

- normal  Tachypnoe  Dyspnoe  
 Zyanose  O2-Gabe  Tracheostoma

**Kreislauf**

**RR**

- normal  Hypertonie  Hypotonie

**Aktuelle Medikation**

**Einnahme**

- selbständig  Bereitstellen der Medikamente  
 Überwachung der Einnahme  Medikamente mörsern

**Medikamente stellen**

- selbständig  mit Hilfe  komplette Übernahme

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

**Injektionen**

- selbständig  braucht Hilfe  Übernahme  
 i.m.  s.c.

i.v.

Verabreichung

- Port  venöser Zugang  ZVK

gelegt/gewechselt am \_\_\_\_\_

**Sofern nicht ausgefüllt unbedingt  
Arztbrief beilegen!**

**Allergien und Unverträglichkeiten**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Diabetes**

- Diabetiker/in  ja  nein  
 diätpflichtig  tablettentpflichtig  insulinpflichtig

Blutzuckerkontrollen

Häufigkeit

- selbständig  Anleitung  Übernahme

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Orientierung, Psyche, Kommunikation

### Bewusstseinslage

wach  somnolent  soporös  komatös

### Orientierungsvermögen

	ja	zeitweise	nein
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Antrieb

initiativ  zurückhaltend  kooperativ

### Stimmung

ausgeglichen  gehoben  gedrückt

### Kommunikation

	intakt	eingeschränkt	nicht vorhanden
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> nein	Sprache: _____	

### Hilfsmittel

Brille

Hörgerät  links  rechts

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Mobilität

Beweglichkeit	aktiv		passiv	
	selbstständig	überw. selbstst.	überw.-unselbstst.	unselbstständig
Aufstehen/ins Bett gehen	<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"/>
Transfer	<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"/>
Gang zur Toilette	<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"/>

verwendete Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Bewegungswechsel  ja  nein

Art Bewegungswechsel \_\_\_\_\_

Häufigkeit Bewegungsw. \_\_\_\_\_

Sturzgefährdung  ja  nein

Maßnahmen \_\_\_\_\_

## Ausscheidung

### Flüssigkeitsbilanz

ja  nein  Gewichtskontroll.

Hilfestellung  ja  nein

Toilette  Toilettenstuhl  Urinflasche  Steckbecken

### Urininkontinenz

ja  gelegentlich  nein

Art/Profil \_\_\_\_\_

Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Toilettentraining \_\_\_\_\_

Katheter \_\_\_\_\_ Ch \_\_\_\_\_

letzter Wechsel am \_\_\_\_\_

Urostoma/Versorgung  selbstständig  Übernahme

### Stuhlinkontinenz

nein  gelegentlich  ja

Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Obstipation  Diarrhoe

Letzter Stuhlgang \_\_\_\_\_

Anus praeter/Versorgung

selbstständig  Anleitung  Unterstützung  Übernahme

Stomatherapeut/in  ja  nein

Name / Firma \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Körperpflege

### Waschen

selbstständig  überw. selbstständig  überw. unselbstst.  unselbstst.

im Bett  Waschbecken  Bad

### Duschen/Baden

selbstständig  überw. selbstständig  überw. unselbstst.  unselbstst.

### Mundpflege

selbstständig  überw. selbstständig  überw. unselbstst.  unselbstst.

im Bett  im Bad

### Zahnprothese

selbstständig  überw. selbstständig  überw. unselbstst.  unselbstst.

im Bett  im Bad

OK-Prothese  UK-Prothese

### Rasieren

selbstständig  überw. selbstständig  überw. unselbstst.  unselbstst.

im Bett  im Bad

Trockenrasur  Nassrasur

### Ankleiden

selbstständig  überw. selbstständig  überw. unselbstst.  unselbstst.

### Auskleiden

selbstständig  überw. selbstständig  überw. unselbstst.  unselbstst.

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Hautzustand

normal     trocken     feucht

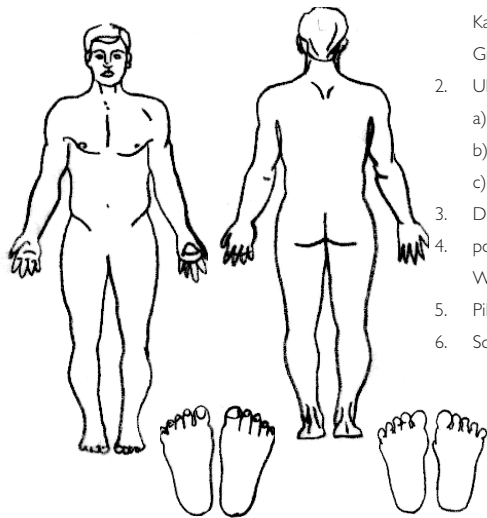
Beschreibung / Behandlung / Pflegemittel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Wunden und Wundversorgung

Separate Wunddokumentation liegt bei!



1. Dekubitus  
Kategorie:  
Größe:
2. Ulcus cruris  
a) venös  
b) arteriell  
c) gemischt
3. Diabet. Fuß
4. postoperative  
Wundh.störung
5. Pilzinfektion
6. Sonstige Wunde

Beschreibung / Behandlung / Pflegemittel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

letzter Verbandwechsel \_\_\_\_\_

nächster Verbandwechsel \_\_\_\_\_

Wundmanager eingeschaltet     ja     nein

Name / Firma \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Ernährung

Kostform \_\_\_\_\_

#### Essen

selbstständig     überw. selbstständig     überw. unselbstst.     unselbstst.

mundgerechte Zubereitung

#### Trinken

selbstständig     überw. selbstständig     überw. unselbstst.     unselbstst.

Trinkmenge \_\_\_\_\_ ml / Tag

letzte Mahlzeit (Uhrzeit) \_\_\_\_\_

Ernährungssonde     ja     nein

seit \_\_\_\_\_

Sondenkost (Produkt) \_\_\_\_\_

Menge (in ml/kcal je 24 h) \_\_\_\_\_

Verabreichung per

Ernährungspumpe     Bolusgabe     Schwerkraft

parenterale Ernährung     ja     nein

Ernährungsberater/in     ja     nein

Name / Firma \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Bemerkungen (Besonderheiten, Ernährungsplan, Vorlieben etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Zusatzbemerkungen

Biografieorientierter Zusatzbogen liegt bei

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ruhe-Schlaf-Verhalten

ungestört

Einschlafstörungen     Durchschlafstörungen

gestörter Tag-Nacht-Rhythmus

nächtliche Unruhezustände

Besonderheiten/Gewohnheiten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des/der verantwortlichen Mitarbeiters/Mitarbeiterin