

Bogen zum Überleitungsmanagement im östl. Ruhrgebiet

Patient/in

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon/Fax _____

Konfession _____

Familienstand _____

Krankenkasse _____

Gerade bei Palliativpatient/innen und in der inneren Abteilung nimmt die Zahl derjenigen, die eine Patientenverfügung haben, immer weiter zu. Die Krankenhäuser können mit diesen Patient/innen ganz anders ins Gespräch kommen, wenn sie entsprechende Informationen vorab erhalten.

Patientenverfügung ja angeregt/eingeleitet nein

Vorsorgevollmacht ja angeregt/eingeleitet nein

Betreuungsvollmacht ja angeregt/eingeleitet nein

Von

Wer hat den Patienten/die Patientin vor der Überleitung betreut?
Welcher Mitarbeiter/welche Mitarbeiterin steht bei Fragen zu dem Patienten/der Patientin für Auskünfte zur Verfügung?

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 _____

Würde der MDK eingeschaltet, bitte hier vermerken.
Bei Neuaufnahmen in stat. Versorgung (nicht Kurzzeitpflege) bei PG 2 + 3 angeben, ob der Sozialhilfeträger bereits informiert wurde. Dies kann durch Weiterleitung des vorliegenden Bogens geschehen.

Sozialhilfeträger zur Einleitung _____

Pflegeassessment informiert ja nein

Soziale Situation

Allein lebend ja

Lebt mit _____

Telefon _____

Betreuung durch Angehörige ja nein

Angehörige verständigt ja nein

Insbesondere wenn Patient/innen in Notfallsituationen ins Krankenhaus kommen, können die Angehörigen nicht immer direkt verständigt werden. In diesem Fall muß das Krankenhaus hierüber informiert sein.

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 _____

Weitere Dienste wie z.B. Wohnberatung oder der Wunsch nach einer Sterbe- oder Trauerbegleitung sollten ergänzt werden.

Name _____

Geburtsdatum _____

Diagnosen

Hier sollten insbesondere die Diagnosen beschrieben werden, die Auswirkungen auf die Alltagskompetenz der Patient/innen haben.

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
Hier sollte eine genauere Beschreibung der chronischen Schmerzen erfolgen. Sofern eine Schmerzmessung erfolgt ist, sollte der gemessene Wert mit dem Datum der Messung eingetragen werden.

Schmerzmessung [] ja, am _____ [] nein
Wert lt. ECPA _____ Wert lt. NRS-/VAS-/VRS-Skala _____

Patient/in kennt seine/ihre Diagnose
[] ja [] nein

Es gibt immer noch die Situation, dass Angehörige nicht möchten, dass die Patient/innen ihre Diagnose kennen. Die Verantwortlichen der Einrichtungen sollten hierüber informiert sein, um entsprechend in ein Gespräch mit den Patient/innen einsteigen zu können. Hier sollte auch vermerkt werden, wenn der Patient/die Patientin die Diagnose zwar kennt, aber den Wunsch geäußert hat, zurzeit nicht weiter darüber zu sprechen (z.B. Palliativpatient/innen).

Allergien und Unverträglichkeiten

Diese Angaben werden nach einer Überleitung sofort in die Patientenkurve übernommen, damit entsprechende Medikamente und Pflegeprodukte nicht eingesetzt werden.

Diabetes

- Diabetiker/in [] ja [] nein
[] diätpflichtig [] tablettentpflichtig [] insulinpflichtig

Blutzuckerkontrollen
Häufigkeit _____
[] selbständig [] Anleitung [] Übernahme

Atmung und Kreislauf

Atmung

- [] normal [] Tachypnoe [] Dyspnoe
[] Zyanose [] O2-Gabe [] Tracheostoma

Ergänzende Angaben dazu, ob der Patient/die Patientin z.B. bereits ein Sauerstoffgerät zuhause hat. Hat der Patient/die Patientin ein Tracheostoma sind Angaben dazu hilfreich, ob der Patient/die Patientin bereits entsprechende Hilfsmittel zuhause hat und von welcher Firma er diese erhält.

RR

- [] normal [] Hypertonie [] Hypotonie

Ist dem Patienten/der Patientin häufiger schwindelig? Ist er/sie sturzgefährdet?

Aktuelle Medikation

Einnahme

- [] selbständig [] Bereitstellen der Medikamente
[] Überwachung der Einnahme [] Medikamente mörsern

Medikamente stellen

- [] selbständig [] mit Hilfe [] komplette Übernahme

Table with 5 columns: Medikamente, morgens, mittags, abends, nachts

Injektionen

- [] selbständig [] braucht Hilfe [] Übernahme

Injektionspräparat und Dosierung; Informationen darüber, ob der Patient/die Patientin Probleme mit der Verabreichung der Injektion hat, etc. Hinweis auf Bedarfsmedikation (was / wann?); Werden Medikamente vom Patienten/von der Patientin mitgebracht, sollte dies ebenfalls aufgeführt werden. Nimmt der Patient/die Patientin seine/ihre Medikamente eigenständig und zuverlässig ein? (Hierin könnte der Grund z.B. für einen aktuellen Krankenhausaufenthalt liegen.)

Verabreichung
[] Port [] venöser Zugang [] ZVK
gelegt/gewechselt am _____

Sofern nicht ausgefüllt unbedingt Arztbrief beilegen!

Name _____

Geburtsdatum _____

Orientierung, Psyche, Kommunikation

Bewusstseinslage

Insbesondere im Krankenhaus ist es wichtig zu wissen, ob ein Patient/eine Patientin bereits zuhause desorientiert war oder ob es sich um eine akute Erscheinung handelt. Die notwendigen Maßnahmen sind entsprechend unterschiedlich.

| | 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

Hier sollten z.B. die Hilfsmittel aufgeführt werden, die der Patient/die Patientin zur Kommunikation einsetzt (Buchstabentafeln, Kommunikation mittels Papier und Bleistift, Laptop, etc.). Darüber hinaus sollte auf mangelnde Deutschkenntnisse (mit Hinweis auf mögliche Dolmetscher/innen) sowie auf sonstige Sprachprobleme (z.B. Stottern) hingewiesen werden.

Mobilität

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> aktiv | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Art Bewegungswechsel | _____ | | | |
| Häufigkeit Bewegungsw. | _____ | | | |
| Sturzgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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

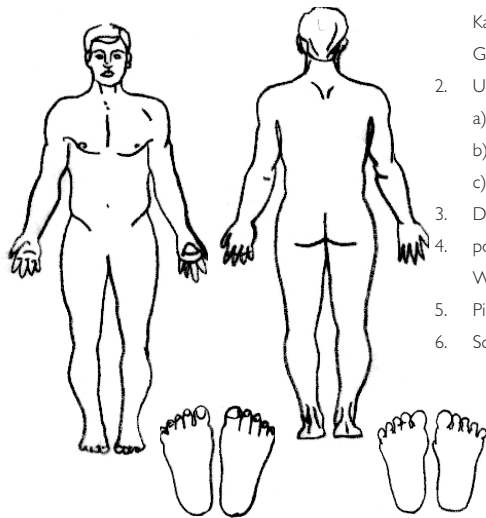
normal trocken feucht

Beschreibung / Behandlung / Pflegemittel

Hier sollte aufgeführt werden, welche Art der Behandlungen bisher erfolgreich war und welche Probleme aufgetreten sind (z.B. welche Produkte haben gewirkt, welche nicht? Gab es allergische Reaktionen?, ...).

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

Hier sollte ebenfalls aufgeführt werden, welche Art der Behandlungen bisher erfolgreich war und welche Probleme aufgetreten sind (z.B. welche Produkte haben gewirkt, welche nicht? Gab es allergische Reaktionen? ...).

letzter Verbandwechsel _____

nächster Verbandwechsel _____

Wundmanager eingeschaltet ja nein

Name / Firma _____

Telefon _____

Ruhe-Schlaf-Verhalten

- ungestört
- Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
- gestörter Tag-Nacht-Rhythmus
- nächtliche Unruhezustände

Besonderheiten/Gewohnheiten

z.B. Hinweise auf Medikamente (z.B. Schlafmittel)
Werden bestimmte Lagerungen bevorzugt?
Tretten nächtliche Unruhezustände auf?
Gibt es einen bestimmten Schlafrythmus?

Ernährung

Kostform **Bei Diabetikern/Diabetikerinnen sollten zusätzlich die Kohlenhydrateinheiten (ehemals Broteinheiten) aufgeführt werden.**

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.)

Bei PEG-Patient/innen: weitere Informationen über die Ernährungssonde. Bei Sondenkost: zusätzlich orale Gaben?

Bei parenteraler Ernährung: tagsüber, nachts oder 24-Stunden lang verabreichen?

Vorlieben und Abneigungen / Unverträglichkeiten der PatientInnen sollten dann eingetragen werden, wenn die PatientInnen insgesamt nicht gut essen.

Zusatzbemerkungen

Biografieorientierter Zusatzbogen liegt bei

Besondere Hinweise zum Patienten/zur Patientin, die in den bisherigen Ausführungen noch nicht berücksichtigt wurden. Dazu könnten z.B. Angaben über Kontraktoren etc. gehören.

Die in der vorherigen Version des Bogens aufgeführten Bereiche „Sensibilitätsstörungen“ und „Psychoziale Aspekte“ (Antrieb und Stimmung) werden ebenfalls in den Zusatzbemerkungen erläutert. Bitte Ängste und Vorbehalte vor z.B. Pflegeeinrichtungen näher ausführen! Verhaltensweisen nennen, die den Umgang mit dem Patienten/der Patientin erleichtern oder erschweren.

Bitte in diesem Zusammenhang auf den **Biografieorientierten Zusatzbogen des Kreises Unna** zurückgreifen, der von Fachkräften aus der Altenpflege, den Krankenhäusern und der Behindertenhilfe entwickelt wurde. Er ist insbesondere für Menschen gedacht, die sich selbst nicht adäquat artikulieren können.

Datum und Unterschrift des/der verantwortlichen Mitarbeiters/Mitarbeiterin