

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 _____

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 _____

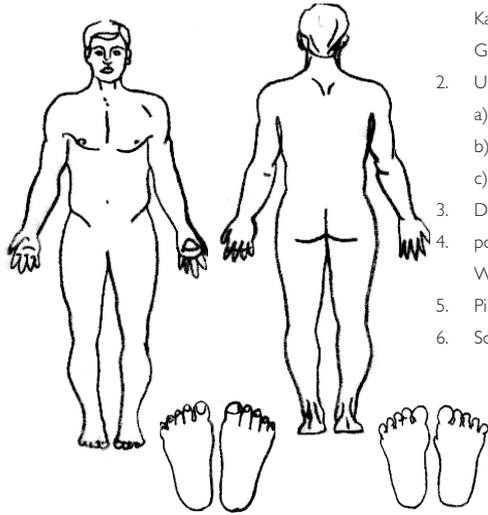
Hautzustand

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 _____

Ruhe-Schlaf-Verhalten

ungestört
 Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 gestörter Tag-Nacht-Rhythmus
 nächtliche Unruhezustände

Besonderheiten/Gewohnheiten

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

Datum und Unterschrift des/der verantwortlichen Mitarbeiters/Mitarbeiterin