Pflegeüberleitung im Kreis Heinsberg

Stand: April 2017

PATIENT / ADRESSETTE

Name

Vorname

Geb.-Datum

Straße

Wohnort

ANGEHÖRIGE / BETREUER

Patient lebt allein? ☐ ja ☐ nein

Angehörige

Tel.:

ges. Betreuer

Tel.:

Hausarzt

Richterlicher Beschluss ☐ ja **Patientenverfügung** ☐ ja

KOSTENTRÄGER

Pflegekasse/ Krankenkasse:

Pflegeversicherung

	1	2	3	4	5
genehmigter Grad:	☐	☐	☐	☐	☐

Leistung / Höhergruppierung beantragt ☐ ja ☐ nein

KOMMUNIKATION

nicht eingeschränkt ☐

eingeschränkt ☐

warum?

AUSSCHEIDUNG

Datum letzter Stuhlgang:

Stuhlinkontinenz ☐ ja

Harninkontinenz ☐ ja

Künstl. Darmausgang ☐ ja

Blasenkatheter ☐ ja

wenn ja, letzter Wechsel:

HILFSMITTEL

	"ist"	"soll"
Pflegebett	☐	☐
Nachtstuhl	☐	☐
Kontinenzartikel	☐	☐
Zahnprothesen	☐	☐
Gehhilfe	☐	☐
Brille/Kontaktlinsen	☐	☐
Hörgerät	☐	☐
Sauerstoffgerät	☐	☐
sonstige:	☐	☐

ERNÄHRUNG

Vollkost ☐

Schonkost ☐

Diabeteskost ☐

pass. Kost ☐

Schluckschutzhaltung ☐

Sondenkost ☐

Sonstiges:

zuletzt verabr. PEG-Kost kcal/Tag:

PEG-Kost Flussrate ml/h:

Flüssigkeitmenge/Tag: ml/h:

PFLEGEBEGRÜNDENDE DIAGNOSEN

OP (event.)

am:

MEDIKATION

zuletzt verabreichte Medikation

	morgens	mittags	abends	nachts

ALLG. KÖRPERPFLEGE / MOBILITÄT

bettlägerig ☐ ja ☐ nein

	S	A	TÜ	VÜ	TF
Waschen					
Bad/Duschen					
Mundpflege					
Rasieren/Haarpflege					
An-/Auskleiden					
Aufstehen/Zubettgehen					
Gehen					
Transfer					
Nahrungsaufnahme					
Arzneieinnahme					

S = selbständig; A = Anleitung; TÜ = teilw. Übernahme; VÜ = vollst. Übernahme; TF = Tagesformabhängig

ORIENTIERUNG

zur eigenen Person	☐ ja	☐ zw	☐ nein
örtlich	☐ ja	☐ zw	☐ nein
zeitlich	☐ ja	☐ zw	☐ nein
situativ	☐ ja	☐ zw	☐ nein
Weglauftendenz	☐ ja	☐ zw	☐ nein
Tag/Nacht	☐ ja	☐ zw	☐ nein

Kontrakturen

☐ nein ☐ ja, wo?

DECUBITI / WUNDEN

Decubitus ☐ ja ☐ nein

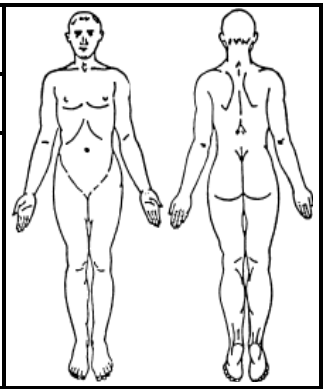
Grad 1 = bleibende Hautrötung

Grad 2 = Blasenbildung/ Erosion

Grad 3 = tiefe Gewebszerstörung

Grad 4 = Nekrose/ Knochenbeteiligung

Hautpflege mit:



Besonderheiten bei der Lagerung

Pat. lagert sich ausreichend selbständig ☐ ja ☐ nein

Lagerungshilfen ☐ ja ☐ nein

Spezialmatratzen ☐ ja ☐ nein

WUNDE(N) bitte beschreiben (Lage, Größe, Grad I-IV, Versorgung mit…) oder Wunddokumentation mitgeben

Wunddokumentation liegt vor: ☐ ja ☐ nein

MRSA, ESBL, Clostridien u.a.:

Besiedlung/Infektion: ☐ nein ☐ ja, womit: ☐ unbekannt

Lokalisation:

Sanierung: ☐ nein ☐ ja, seit:

womit:

Abstrichkontrollen/Proben

Datum: ☐ negativ ☐ liegt noch nicht vor ☐ positiv

Datum: ☐ negativ ☐ liegt noch nicht vor ☐ positiv

MRSA in der Vorgeschichte	☐ nein	☐ ja	☐ unbekannt
Direkter Kontakt zu MRSA-Trägern in den letzten 4 Wo.	☐ nein	☐ ja	☐ unbekannt
Krankenhausaufenthalt (>3 Tage) in den letzten 12 Mon.	☐ nein	☐ ja	☐ unbekannt
Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten	☐ nein	☐ ja	☐ unbekannt

Besonderheiten bei Besiedelung/Infektion:

Anhalt für eine ansteckungsfähige Lungen-Tbc (§36IfSG)

(bei erstmaliger Aufnahme in ein Alten-/Pflegeheim o.ä., Artzunterschrift erforderlich)

☐ ja ☐ nein

Unterschrift Ärztin/Arzt (Name)

BESONDERHEITEN (Allergie,ausgestellte Rezepte, besonderes Verhalten):

Datum

Einrichtung

Telefonnummer mit Durchwahl

Unterschrift der KSr./KPfl.