

Überleitungsbogen

Name, Vorname:				Erna Schröder			
Behandlung / Aufenthalt von / bis:				<input checked="" type="checkbox"/> LZP <input type="checkbox"/> KuPF			
Wohnbereich / Tel.-Durchwahl:							
Hauptdiagnose / Grund der Verlegung:				Sturz im Badezimmer auf linke Körperhälfte nun starke Schmerzen			
Soziale Kontakte / Situation:				Lebt alleine: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Angehörige / Bezugsperson:							
Name		Bezug		Telefonnummer			
Beate Schneider		Tochter		689227 (HS)			
Hausarzt		Dr Jader		Telefon		699372	
Gesetzlicher Betreuer:							
<input type="checkbox"/> Beglaubigte Vorsorgevollmacht		<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge					
Bisherige pflegerische Betreuung		<input type="checkbox"/> KUPF <input checked="" type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege Dienst <input type="checkbox"/> Keine					
Pflegestufe		<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall					
Ein- / Höherstufung beantragt		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein am:		durch:			
Bei Entlassung nach Hause. Ist der Zugang zur Wohnung gewährleistet?							<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Sonstiges							
Medikamente:							
Metformin AL 1000 1-0-1							
Ramipril 50mg 1-0-1							
Omeprazol 20mg 1-0-0							
Fosamax 70mg 1x Nächte - Dienstag							
Bedarfsmedikation/en:							
Ibuprofen 600mg bei Bedarf							
Paracetamol 500mg bei Temp \uparrow 38,5°C							
Wertgegenstände:							
Chering + Armbanduhr							
Kommunikation							
Trägt eine Brille <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Trägt Hörgeräte <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input checked="" type="checkbox"/> beidseitig			
Verständigungsprobleme:							
Orientierungsdefizite: <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> Weglauftendenz			
Bemerkungen:							

MobilitätFest bettlägerig ja nein

Bemerkungen:

Aufstehen/Hinlegen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Hinsetzen	<input checked="" type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Stehen	<input checked="" type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Transfer	<input checked="" type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Anleitung

Ernährung

Essen zubereiten	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Anleitung
Essen	<input checked="" type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Trinken	<input checked="" type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		
Kostform / Diät:	Vollkost		

Ausscheidung

Benutzung der Toilette	<input checked="" type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Benutzung des Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Benutzung Urinflasche/Steckbecken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Nutzung von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Inkontinenzmaterial:			
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig/neigt zu <input checked="" type="checkbox"/> Durchfällen <input type="checkbox"/> Verstopfungen		
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> immer		
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> immer		
Blasenkatether <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> DK (CH:)		letzter Wechsel am: <input type="checkbox"/> SPF

Körperpflege

Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Waschen am Waschbecken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfe/Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anleitung
Art der Hilfestellung:			

Schlafen kein Probleme Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Unruhe**Schmerzen**Chronisch: nein ja Lokalisation: Rücken, Hüfte l

Unterstützende Maßnahmen:

AtmungBeeinträchtigungen nein ja, welche:

Unterstützende Maßnahmen:

Vorhandene oder bestellte Hilfsmittel: V = vorhanden B = bestellt X = wird benötigt M = mitgegeben

<input type="checkbox"/> Gehhilfen	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe
<input checked="" type="checkbox"/> Rollator <i>Vm</i>	<input type="checkbox"/> Wecheldruckmatratze	<input type="checkbox"/> Prothesen
<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Absauggerät	

SonstigesAllergien nein ja, welche:
Schrittmacher nein ja, welche:
Sonden / Drainage nein ja, welche:

Dekubitusprophylaxe

Punkte nach BRADEN Skala Dekubitusgefährdung nein ja Dekubitus vorhanden nein ja

Dokumentation des Hautzustandes

D = Dekubitus I° II° III° IV°

K = Kontraktur

H = Hämatome

HA = Hautausschlag

N = Narben

PI = Pilzbefall (Mykose)

W = Wunden

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

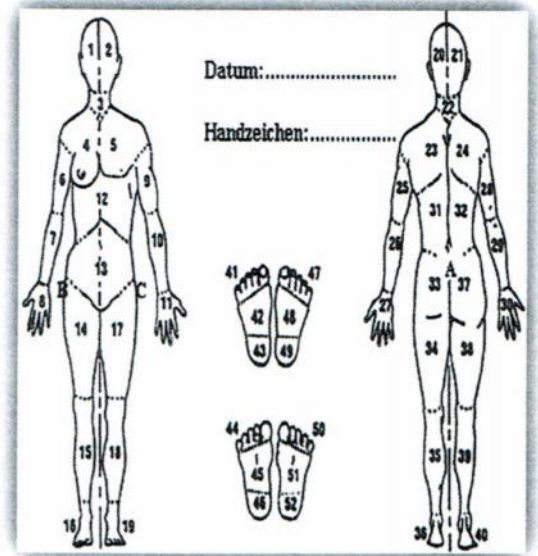
.....

.....

.....

.....

.....



Verbände / Wundversorgung

Lokalisation / Grad		
Größe der Wunde		
Wundbeschreibung		
Verbandmaterialien		
Homecareunternehmen	Fa.	Ansprechpartner/Tel.:

Sonstiges (z.B. weitere Pflegemaßnahmen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontaktdaten

Ansprechpartner: Sr. Elisabeth Funktion: