

Patientenüberleitung

@Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und
Konferenz Alter und Pflege angelehnt an
Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz Essen

weiblich männlich divers

Familienname _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Patienten-Telefon _____

Adressaufkleber

Stempel

Überleitung am

Uhrzeit

An: amb. Pflegedienst Krankenhaus Pflegeheim Reha Hospiz Häuslichkeit Name/Einrichtung: _____

Kurzzeitpflege Tagespflege amb. Wohn-gemeinschaft ohne festen Wohnsitz Eingliederungshilfe Kurzzeitpflege

Aktuell bestehende MRSA-Besiedelung/Infektion Wunde Haut Nase Sputum sanierungs-/behandlungsbedürftig

Aktuell bestehende Infektionen: Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C HIV Sonstige (z.B. Covid19)

Soziale Aspekte

Alleinstehend Minderjährig Gesetzliche Betreuungsperson Vermögensverwaltung Gesundheitsvorsorge inkl. gesundheitliche Vorsorgeplanung nach §132g SGB V Aufenthaltsbestimmung/ Daseinsfürsorge

Muttersprache: _____ Religion: _____

Angehörige/Hauptbezugsperson

Familienname _____ Vorname _____ Telefon _____

Verwandschaftsgrad, z.B. Frau, Sohn, ... Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

gesetzliche Betreuungsperson/ bevollmächtigte Person/ erziehungsberechtigte Person

Familienname _____ Vorname _____ Telefon _____

Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Wertsachen/Dokumente/Hilfsmittel mitgeben

Hausschlüssel Geldbörse Uhr Kreditkarte richterlicher Beschluss

Versichertenkarte Organspendeausweis Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Zahnprothese oben unten Hörgerät rechts links

Brille Sonstiges: _____

Pflegebereitschaft der Bezugsperson:

ja nein

Bisherige Versorgung: selbständig Bezugsperson amb. Pflegedienst Pflegeheim

Einstufung Pflegeversicherung: nein beantragt am: _____

ja bewilligter Pflegegrad: _____

Reha-Maßnahme beantragt am: _____

Allgemeine Pflege	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad/Dusche	Waschbecken
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbeschaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> fettig	<input type="checkbox"/> Juckreiz			
Sonstiges							
Pflegemittel							

Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung ja nein Gewichtskontrolle

Hilfsmittel nein Urinflasche Steckbecken Toilettenstuhl

Stuhlgang neigt zu Verstopfung normal neigt zu Durchfällen digitale Ausräumung

Stuhlinkontinenz ja nein zeitweise

Harninkontinenz ja nein zeitweise

Versorgungssystem selbstständig mit Hilfe

transur. Blasen Katheter suprapub. Harnblasenkatheter CH

Anus praeter Einmalinkontinenzartikel Sonstiges: _____

Gelegt/gewechselt am: _____

bisher versorgt mit: _____

Besonderheiten: _____

Mobilität	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettegang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen auf dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beweglichkeit im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung					

Prophylaxen

Kontraktur Dekubitus Soor/Parotitis Thrombose

Pneumonie Intertrigo Sturz Obstipation

Hilfsmittel

v = vorhanden b = beantragt

Unterarmgestützte v b Gehstock v b Rollstuhl v b Rollator v b Toilettenstuhl v b

Sonstiges _____

Bettlägerig ja nein

Lagerungsart _____

Lagerungswechsel/Häufigkeit _____

Dekubitus

nein ja (Lokalisation, Größe + Grad siehe Grafik)

Risiko gemäß: ja nein

Schlaf

ungestört Schlafstörungen nächtliche Unruhezustände

Schlaflage links rechts Bauch Rücken

Besonderheiten: _____

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Bewusstseinslage
 wach/ansprechbar somnolent soporös komatös

Ernährung
 selbstständig braucht Anregung vollständige Hilfe
 Schluckstörung mundgerechte Zubereitung braucht Hilfe

Letzte Mahlzeit: _____
 Diät Welche: _____

Sondentyp: _____ Sonde gelegt am: _____

Verabreichung per: Ernährungspumpe Schwerkraft Spritze

tägliche Menge Sondenkost ml Tee: ml
 tägliche Kalorienzufuhr kcal

Orale Ernährung zusätzlich: ja nein

tägliche BE: _____ tägliche Trinkmenge ml BMI: _____

Parentale Ernährung Nahrungskarenz

Trinkverhalten selbstständig Anhalten zum Trinken

Kommunikation

	ohne Einschränkung	mit Einschränkung	zeitweise eingeschränkt
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientierung/ Psyche

	ja	nein	zeitweise
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atmung

unauffällig kardialer Stau Schmerzen
 Husten Verschleimung Auswurf
 Rauchen Asthma

Tracheostoma Silberkanüle Silikonkanüle
 Absaugen Kanülenart: _____
 Kanülenart: _____

Spezielle Aspekte

Palliativpflege nein ja SAPV Notfallausweis vorhanden

Allergien nein ja Allergiepass vorhanden

Art _____

Notfallausweis vorhanden nein ja

Pilzinfektion nein ja (Lokalisation siehe Grafik)

Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris) nein ja (Lokalisation siehe Grafik)

Wundschmerz nein ja

Herzschrittmacher nein ja, letzte Kontrolle am: _____

Spezielle Überwachung

Blutdruck Port Einfuhr
 Atmung Puls Ausfuhr
 Schmerz Temperatur Gewicht

Therapien

Physiotherapie Ergotherapie Logopädie

Schulung

Art der Anleitung: _____
 Wer wurde geschult: _____

Medikamente

Einnahme selbstständig Bereitstellen der Tagesration Überwachung der Einnahme letzte Medikation (Uhrzeit): _____
 Injektion selbstständig mit Anleitung vollständige Übernahme
 Insulinverabreichung per Pen Spritze Insulinpumpe
 Blutzuckerkontrolle morgens mittags abends Häufigkeit: x täglich x wöchentlich

Bisherige Versorgung/Bemerkung/Besonderheiten (z. B. Behinderungen, biographische Merkmale, Vorlieben/Abneigungen)

Lokalisationsschema, Grad und Lokalisationsschema, Grad und Größe (z. B. Wunde)

Telefonnummer _____ Datum _____ Name/Unterschrift der Pflegefachkraft _____

Ärztlicher Kurzbericht

@Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und
Konferenz Alter und Pflege angelehnt an
Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz Essen

Ausführlicher Bericht folgt: ja nein

Behandelnde(r) Ärztin/Arzt/Krankenhaus

Station

Name/Telefon- und Telefax-Nr.

Krankenhausaufenthalt von: bis:

Aufnahmegrund:

AOK <input type="checkbox"/>	LKK <input type="checkbox"/>	BKK <input type="checkbox"/>	IKK <input type="checkbox"/>	VdAK <input type="checkbox"/>	AEV <input type="checkbox"/>	KBS <input type="checkbox"/>
Familienname		Vorname		geb. am		
Straße		Postleitzahl	Ort			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			

Adressfeld weiterbehandelnde Praxis

Diagnosen	ICD-10-Codierung
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Medikation Aufnahme	morgens	mittags	abends	nachts	Änderung Ja/Nein	Medikation Entlassung nach Abgleich mit Aufnahmemedikation				
						Medikamentenveränderung erfolgt	morgens	mittags	abends	nachts

Befunde

EKG
 Röntgen
 Labor
 Sono
 Echo
 Doppler
 CT
 MRT
 Endos-
kopie
 OP
 Sonstige:

Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (einschließlich ansteckungsfähiger Lungentuberkulose) vorliegen.

Datum _____ Name/Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Patientenerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an die für meine weitere Versorgung erforderliche(n) Stelle(n) _____ (z. B. Reha-Einrichtungen, Pflegedienst, ...) weitergegeben werden.

Name/Unterschrift Patient*in/gesetzliche(r) Vertreter*in

Die Unterlagen wurden der/dem Patient*in mitgegeben. Patient*in übergibt die Überleitungsbögen persönlich.

Mitgegebene Unterlagen Labor Vorberichte Bilder Arztbrief Sonstiges:

Pflegegrad beantragt

Reha beantragt/eingeleitet

(z. B. ausführliche Befunddarstellung für Geriatrie/Psychiatrie auf 2. Blatt)