



<p>Übergebende Einrichtung / ambulanter Dienst</p> <p>Stempel: _____ Tel.: _____</p>	<p>Übernehmende Einrichtung / Dienst:</p>	
<p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.-Datum: _____ KK: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>Ort: _____</p> <p>Hausarzt: _____</p> <p>Angehöriger/Bezugspersonen: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p>	<p>4. Kommunikation</p> <p>Muttersprache: _____</p> <p>Einschränkungen:</p> <p><input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Schreiben <input type="checkbox"/> Lesen</p> <p><input type="checkbox"/> Starke Sehschwäche <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts</p> <p><input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Das Sprachverständnis ist...</p> <p><input type="checkbox"/> weitgehend erhalten</p> <p><input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden</p> <p><input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z. B. auf prägnante Worte:</p> <p><input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden</p> <p><input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt</p>	<p>8. Orientierung & Kognition</p> <p>persönlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>situativ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>örtlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>zeitlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>Gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Aggressivität <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Selbstfähdung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Vigilanz: <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös</p> <p>Sonstiges/Erläuterung: _____</p>
<p>1. Vollmachten & Verfügungen</p> <p>Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter</p> <p>Aufgabenkreise: <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Telefon: _____</p>	<p>5. Infektionen</p> <p>Multiresistente Erreger oder ansteckende Krankheiten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Art und Lokalisation: _____</p> <p>_____</p>	<p>9. Mobilität <input type="checkbox"/> selbständig</p> <p><input type="checkbox"/> kann sich mit Hilfsmitteln selbst. fortbewegen</p> <p>welche: _____</p> <p><input type="checkbox"/> kann sich nicht selbst fortbewegen</p> <p><input type="checkbox"/> bettlägerig</p> <p>Sturzgefahr <input type="checkbox"/> Hemiparese: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links</p>
<p>2. Pflegegrad <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt</p> <p><input type="checkbox"/> per Eilverfahren <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5</p>	<p>6. Allergien & Unverträglichkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Art und Lokalisation: _____</p>	<p>10. FEM <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Bettseitengitter <input type="checkbox"/> Teilseitensicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Eigener Wunsch <input type="checkbox"/> Fixierungsbeschluss</p> <p>Sonstiges/Anmerkungen: _____</p>
<p>3. Bisherige Wohnform & Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Angehörigen</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Tagespflege</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Name des Versorgers: _____</p>	<p>7. Sucht</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Drogen</p> <p><input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin</p> <p>Sonstiges/Erläuterung: _____</p>	<p>11. Körperpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> geringe punktuelle Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend Hilfe <input type="checkbox"/> unselbständig</p> <p><input type="checkbox"/> Anleitung</p>





12. An- und Auskleiden
 selbständig unselbständig
 Anleitung

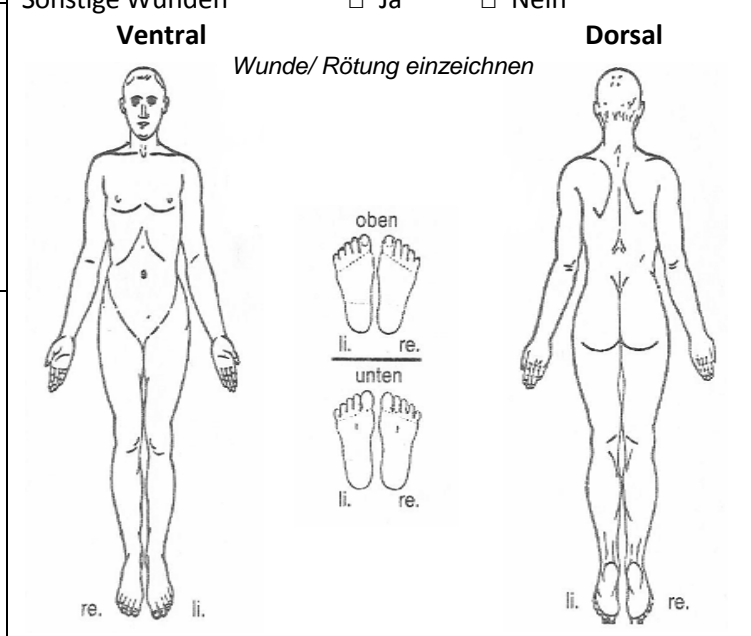
13. Ernährung Einfuhrbeschränkung: _____ ml
 selbständig mundgerechte Zubereitung
 überwiegend personelle Hilfe unselbständig
 Anleitung **Kostform:** _____
 Schluckstörung
 Sonde (wenn ja → Kostplan beifügen !)
 parenteral über _____

14. Ausscheidungen
Stuhlgang normal neigt zu Durchfällen
 Obstipation Stuhlinkontinenz
 Letzter Stuhlgang: _____
Harn unauffällig Inkontinenz gelegentlich
 Dauerkatheter SPK
 Letzter Wechsel: _____ Ch: _____
Stoma Colostoma Ileostoma Urostoma
 Stomatherapeut/in:

15. Tracheostoma
 ja seit: _____
 Anlagetyp: dilatativ epithelisiert
 Trachealkanüle Sprechkanüle
 Größe: Modell :
 Versorger:
Absaugpflichtig Ja Nein
Sauerstoffpflichtig Ja Nein

16. Schmerzen
 keine akut chronisch
 BTM-Pflaster Letzter Wechsel:
 Beschreibung (z.B. Erstverordnung BTM):

17. Lokalisationsdiagramm für Wunden
 Dekubitus Ja Nein
 Sonstige Wunden Ja Nein



Kategorie/Sonstiges: _____
 Wundversorgung: _____
 Wundberater/in: _____

18. Weitere Informationen an das Pflegeteam (z.B. pflegerelevante Diagnosen, O2-Gabe, Kontrakturen, SAPV beantragt, KZP nach §39c SGB V, besondere Zu- und Abgänge wie Port)

19. Zustimmung zur Datenübermittlung des Patienten oder gesetzlichen Vertreters
 liegt vor (entweder schriftlich oder mündlich erteilt und dokumentiert)
 entfällt aufgrund einer notfallmäßigen Verlegung wie Krankenhausaufnahme (rechtfertigender Notstand gem. §34 StGB)

20. Mitgegebene Hilfsmittel & Wertsachen
 Hörgerät rechts/ links
 Zahnprothese oben/unten Brille Lupe
 Kontaktlinsen links/rechts
 Wohnungsschlüssel Rollator/Rollstuhl
 Hilfsmittel: _____
 Gesundheitskarte Personalausweis
 Sonstiges (z.B. Portemonnaie) :

21. Anlagen
 Vorsorgevollmacht Patientenverfügung
 Medikamentenplan Arztbrief
 Wundversorgung/-beschreibung
 Allergiepass Marcurmarausweis
 Herzschrittmacher-Pass Kostplan
 Spritzenschema Stomaversorgung
 Diabetikerausweis MRE Bogen/Sanierungsplan
 Sonstiges:

Ansprechpartner für vorliegende Angaben
 (Name, Telefon):

