**Pflegeüberleitung im Kreis Düren**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Absender** | | |  | | **Empfänger** | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | | | | | |
| Frau  Herr | | |  | | **Klinische** Diagnosen | |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | |  | |  | |
| Straße | PLZ, Ort | |  | |  | |
| Krankenkasse | Krankenversicherungs-Nummer | |  | |  | |
| Patienten-Telefon | Hausarzt | |  | |  | |
| Konfession |  | |  | |  | |
| Voraussichtliches Entlassungsdatum/Verlegungsdatum**:** | | | | | | |
| aktuell bestehende Besiedelung/Infektion:  nein  ja Erreger: Art: siehe Anlage: | | | | | | |
| **Pflegegrad**   ohne Pflegegrad  Pflegegrad beantragt am:        vorläufiger Pflegegrad seit:         Pflegegrad 1  Pflegegrad 3  Pflegegrad 5   Pflegegrad 2  Pflegegrad 4  Höherstufung beantragt | | | | | | |
| **Reha-Maßnahme:**  ja beantragt am: | | | | | | |
| **Schulung** (z.B. familiale Pflege, Diabetes, Stoma)  Art der Anleitung:       Wer wurde geschult:       Was wurde geschult: | | | | | | |
| **Soziale Aspekte/Rechtliche Aspekte**  zu Hause alleine  zu Hause mit Angehörigen  zu Hause mit Pflegedienst Pflegeheim  **Angehörige/Hauptbezugsperson** Verwandtschaftsgrad (z.B. Frau, Sohn): | | | | | | |
| Name, Vorname | | Straße | | PLZ, Ort | | Telefon |
| **Gesetzlicher Betreuer**   **Bevollmächtigter**  Anmerkungen: | | | | | | |
| Name, Vorname | | Straße | | PLZ, Ort | | Telefon |
| **bisherige Versorgung**  (Bemerkungen, Besonderheiten, z.B. Biographische Merkmale, Vorlieben, Abneigungen, Behinderungen):    **ergänzende Hilfen zur Versorgung**  (z.B. Einkaufshilfe, Haushaltshilfe, Ehrenamt): | | | | | | |
| **Wertsachen/Hilfsmittel mitgegeben**  Brille Zahnprothese:  oben  unten Hörgerät:  rechts  links  Geldbörse  Uhr Kreditkarte  Versichertenkarte  Orientierungs- und Erinnerungshilfen  Sonstiges: | | | | | | |
| **Hilfsmittel:**  beantragt  geliefert  Versorger: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mobilität** | Aktivität **selbständig** möglich, ggf. mit Hilfsmitteln | | Aktivität mit **geringer, punktueller** Hilfe möglich | Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung: **überwiegende personelle Hilfe** | | Aktivität **unselbständig,** wird fremd übernommen |
| **Positionswechsel im Bett** (Drehen um die Längsachse, Aufrichten) |  | |  |  | |  |
| **Halten einer stabilen Sitzposition** (im Sessel) |  | |  |  | |  |
| **Umsetzen** (Transfers) |  | |  |  | |  |
| **Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs** (in der Ebene) |  | |  |  | |  |
| **Körperbezogene Pflegemaßnahmen** | | | | | | |
| **Waschen vorderer Oberkörper** |  | |  |  | |  |
| **Waschen des Intimbereichs** |  | |  |  | |  |
| **Duschen und Baden** (Ober-/Unterkörper, Haare) |  | |  |  | |  |
| **An- und Auskleiden des Oberkörpers** |  | |  |  | |  |
| **An- und Auskleiden des Unterkörpers** |  | |  |  | |  |
| **Hautbeschaffenheit**:  intakt  trocken  fettig  Juckreiz  Sonstiges: | | | | | | |
| **Pflegemittel/Sonstiges:** | | | | | | |
| **Rituale/Gewohnheiten:** | | | | | | |
| **Ernährung:**  selbständig  braucht Anregung  braucht Hilfe  Schluckstörung  mundgerechte Zubereitung  vollständige Hilfe  parenterale Ernährung  Nahrungskarenz Trinkverhalten selbständig  Anhalten zum Trinken erkennt Essen:  ja nein | | | | | | |
| Kostform:  Sondentyp:  Sonde gelegt am: | | | | | | |
| Verabreichung per:  Ernährungspumpe  Schwerkraft  Spritze | | | | | | |
| tägliche Menge Sondenkost:  kcal Flüssigkeit:  ml tägliche Trinkmenge:  ml BMI: | | | | | | |
| orale Ernährung zusätzlich:  ja  nein | | | | | | |
| **Vorlieben/Abneigungen:** | | | | | | |
| **Rituale und Gewohnheiten:** | | | | | | |
| **Ausscheidung:** Flüssigkeitsbilanzierung:  ja  nein  Gewichtskontrolle | | | | | Gewicht: Größe: | |
| **Stuhlgang**:  neigt zu Verstopfung  normal  neigt zu Durchfällen  digitale Ausräumung | | | | | | |
| **Stuhlinkontinenz:**  ja  nein  zeitweise **Harninkontinenz:**  ja  nein  zeitweise Form: | | | | | | |
| **Versorgungssystem**:  selbständig  mit Hilfe transur. BDK  CH  suprapub. Harnblasenkatheter  Anus praeter  Sonstiges:  gelegt/gewechselt am:   bisher versorgt mit:  erkennt Toilette:  ja  nein  zeitweise | | | | | | |
| **Hilfsmittel:**  Urinflasche  Steckbecken  Toilettenstuhl  offene Inkontinenzartikel  geschlossene Inkontinenzartikel | | | | | | |
| **Besonderheiten:** | | | | | | |
| **Rituale/Gewohnheiten:** | | | | | | |
| **Schlaf:**  ungestört  Schlafstörungen  nächtliche Unruhezustände | | | | | | |
| **Besonderheiten:** | | | | | | |
| **Rituale/Gewohnheiten:** | | | | | | |
| **Bewusstseinslage:**  wach/ansprechbar  somnolent  soporös  komatös | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** | **vorhanden/ unbeeinträchtigt** | **größtenteils vorhanden** | **in geringem Maße vorhanden** | **nicht vorhanden** | | **Zeitliche Orientierung** (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit) |  |  |  |  | | **Verstehen von Sachverhalten und Informationen** |  |  |  |  | | **Mitteilen von elementaren Bedürfnissen** (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte) |  |  |  |  | | **Verstehen von Aufforderungen** (kognitiv und/oder Hören) |  |  |  |  |   **Deutschkenntnisse:**  nein Sprache: | | | | | | |
| **Lauftendenz:**  ja  zeitweise | | | | | | |
| **Besondere Verhaltensweisen mit pflegerischem Interventionsbedarf:** Bestehen z.B. Unruhezustände, abwehrendes/herausforderndes Verhalten, Ängste? Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)? | | | | | | |
| **Schmerz**  akut  chronisch  Ruhe  Belastung | | | | | | |
| **Atmung**  Tracheostoma  Silberkanüle  Silikonkanüle  Raucher(in)   absaugen  Kanülenart:  Kanülengröße:  letzter Wechsel:   O2-Gabe:  l/min | | | | | | |
| **spezielle Überwachung**  Blutdruck  Port  Atmung  Puls  Schmerz  Temperatur  Besonderheiten: | | | | | | |
| **Therapien**  Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie  Sonstiges: | | | | | | |
| **Palliative u. hospizliche Unterstützung :**  ja welche: | | | | | | |
| **Allergien:**  ja   Allergiepass | | | | | | |
| **Herzschrittmacher:**  ja Schrittmacherpass vorhanden:  nein  ja | | | | | | |
| **Wundar**t **(z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris, Dekubitus):**  (Lokalisation siehe Wunddokumentation)  **Grad/Größe:** | | | | | | |
| **Medikamente**  **Einnahme:**  selbständig  Bereitstellen der Tagesration  Überwachung der Einnahme  letzte Medikation: **Uhr**  **Injektion:**  selbständig  mit Anleitung  vollständige Übernahme **mit:**  Pen  Spritze  Pumpe  **Medikamente über Ernährungssonde/Port:** | | | | | | |
| **Ansprechpartner/Name:** | | **Station/Bereich:** | | | | |
| **zuletzt bearbeitet/Datum:** | | **Telefon**: | | | | |

**Anlagen:**

Arztbrief  Infobogen Angehörige Alzheimer Gesellschaft  Vorsorgevollmacht

ärztliches Zeugnis Infektionsschutzgesetz

Datenschutzerklärung  Medikamentenplan  Wunddokumentation

Betreuungsbeschluss  MRE/ESBL Bogen  Sonstiges:

Ernährungsplan  Patientenverfügung

Hilfsmittelverordnung  richterlicher Beschluss FEM