**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** Hilfemöglich  | 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 [ ]  TemperaturBesonderheiten:   |
| **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