

Pflegeüberleitung in Oberhausen

Überleitende Einrichtung : _____
 (Name, Adresse, Telefonnummer/Stempel) _____

| | | |
|--|---|------------|
| Name | Vorname | geboren am |
| Straße | PLZ | Ort |
| Krankenkasse | Konfession | |
| Spricht deutsch | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Muttersprache _____ | | |
| Überleitung am: _____ | | |
| An: <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Ambulanten Pflegedienst | | |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung | | |

I. Soziale Aspekte

Gesetzlicher Betreuer Betreuung eingeleitet Vermögenssorge Gesundheitsvorsorge Aufenthaltbestimmung

Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Alleinstehend

Betreuung durch Angehörige

| | | |
|--------|---------|----------|
| Name | Vorname | Telefon: |
| Straße | PLZ | Ort |

Ist die Bezugsperson zur pflegerischen Hilfe einbezogen worden? nein ja

Einschaltung familiärer Pflege? nein ja

Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse): _____

| | |
|---|---|
| Hausarzt: _____ Adresse/Telefon-Nr.: _____ Adresse/Telefon-Nr.: _____ | Konsiliararzt/Zahnarzt: _____ Adresse/Telefon-Nr.: _____ Adresse/Telefon-Nr.: _____ |
|---|---|

Bisherige Versorgung durch: amb. Pflegedienst
 selbstständig Angehörige Pflegeheim

Einstufung Pflegeversicherung: nein ja Pflegegrad: _____
 beantragt am: _____

Betreuungsleistungen:
 § 45 b SGB XI beantragt am: _____
 § 87 SGB XI

Diagnose(n) siehe auch Anlage 2

Allergien _____

II. Orientierung/Psychie

| | ja | nein | zeitweise |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| persönlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen: _____

Lauf tendenz Sonstiges: _____

Besonderheiten (Rituale, Hilfen, Gewohnheiten) _____

Demenz : nein ja
 Wenn ja muss Anlage 1 beigelegt werden

III. Kommunikation ohne Probleme möglich

| | leichte Einschränkungen | starke Einschränkungen |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sprache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprachverständnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Infektionen:

MRSA Norovirus TBC HIV Hepatitis A sonstige _____

IV. Körperpflege / Kleidung

| | ohne Hilfe | braucht Anregung | braucht Hilfe | vollst. Hilfe | Bett | Bad | Waschbecken |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen/ Baden | <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 unten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnprothese oben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: _____ | | | | | | | |
| Hautbeschaffenheit: <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> Juckreiz | | | | | | | |

VI. Ernährung

Kostform: _____

Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme: ja nein

braucht Anregung braucht Hilfe

vollständige Hilfe Schluckstörung

mundgerechte Zubereitung

tägliche Trinkmenge: _____ ml

Trinkverhalten: selbstständig Anhalten zum Trinken

Letzte Mahlzeit (Uhrzeit): _____ Uhr

Sondenkost: ja nein **Anbieter:** _____

tägliche Kalorienzufuhr _____ kcal

tägliche Menge Sondenkost _____ ml **Flüssigkeit** _____ ml

Verabreichung durch

Spritze

Ernährungspumpe Durchfluss _____ ml/Std.

Schwerkraft Durchfluss _____ ml/Std.

Sondenkost _____ **Sonde gelegt am** _____

Parenterale Ernährung ja nein

Intraport ja nein **Anbieter:** _____

Letzter Wechsel: _____

tägliche Kalorienzufuhr _____ kcal

tägliche Menge _____ ml

V. Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung: ja nein **Aktuelles Gewicht:** _____ kg

Hilfestellung: nein Toilette Nachtstuhl Urinflasche Steckbecken

Nachtversorgung Tagesversorgung

Stuhlgang: normal neigt zu Verstopfung

abgeführt am: _____ neigt zu Durchfällen digitale Ausräumung

Stuhlinkontinenz: ja nein gelegentlich

Anus praeter Versorgung: selbstständig mit Hilfe

Stomatherapeut: _____

Versorgungssystem: _____ vollst. Übernahme

Harninkontinenz: ja nein zeitweise

Blasenkatheter Suprapubischer Harnblasenkatheter

CH: _____ gelegt/gewechselt am: _____

Harn/Stuhlinkontinenz bisher versorgt mit folgendem Hilfsmittel (Art/Größe): _____

VII. Bewegung / Lagerung

| | selbstständig | mit Anleitung | mit Hilfsmittel | mit pers. Hilfe | mit Hilfsmittel u. pers. Hilfe | Bemerkungen |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------|
| 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"/> | |
| Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sitzen im Stuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Sturzneigung: nein ja

Beweglichkeit vor der Überleitung: aktiv passiv

Bettlägerig: nein ja

Lagerungsart: _____

Lagerungswechsel/Häufigkeit: _____

VIII. Spezielle Aspekte/Pflegemaßnahmen

Prophylaxen

Dekubitus Kontrakturen Pneumonie Parotitis

Thrombose Intertrigo Soor Diarrhoe

Obstipation Sturz

IX. Schlaf

ungestört Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

abweichender Schlafrythmus

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| Dekubitus | : | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): | : | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | (Wenn mit Ja geantwortet ist die Anlage 3 zwingend erforderlich) |
| X. Atmen <input type="checkbox"/> problemlos/unauffällig | | | | |
| Einschränkung durch: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma: | Art: | | Größe: | Anbieter: |
| Sauerstoff: | _____ Liter/Std | Beatmungsgerät: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Gebrauch eigenständig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Anbieter: | | | | |
| XI. Medikation lt. Anordnung des Arztes (siehe Anlage 2) | | | | |
| Unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallende Medikamente: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Anlage 2 ausfüllen | | | | |
| Besonderheiten der Applikation: | | | | |
| Einnahme: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Bereitstellen | <input type="checkbox"/> Überwachung | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <input type="checkbox"/> Enteral |
| letzte Medikation: _____ Uhrzeit: _____ | | | | |
| Insulin: | Präparat: _____ | Dosierung: _____ | Letzte Insulingabe: _____ | |
| | Präparat: _____ | Dosierung: _____ | | |
| Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe | | | | |
| Injektion: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe | | | | |
| Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit): _____ | | | | |
| XII. Mitgegebene Gegenstände, Hilfsmittel, Wertsachen, Medikamente, Verbandsmaterial | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kleidung : _____ | | | | |
| Medikamente nach ärztlicher Verordnung für ___ Tage mitgegeben | | | | |
| Verbandsmaterial erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Für ___ Tage mitgegeben | | | | |
| Hilfsmittel: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen: | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Hörgerät: | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| | | | <input type="checkbox"/> Zahnprothese: | <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten |
| <input type="checkbox"/> Weitere Hilfsmittel (z.B. Rollator) : | | | | |
| Ausweise: <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Krankenkassen-Chipkarte | | | | |
| Wertsachen: <input type="checkbox"/> Geldbetrag: _____ Euro <input type="checkbox"/> Schmuck: _____ | | | | |
| Sonstiges: _____ | | | | |

Anlagen

Anlage 1: Demenz

Anlage 2: Medikamente & Diagnosen

Anlage 3: Dekubitus- und Wunddokumentation

Anlage 4: Palliativversorgung

Datum

Name/Unterschrift der Pflegefachkraft

Telefon-Nummer
der Einrichtung

Anlage 1 - Demenz

Name

Vorname

Kommunikationsfähigkeit

Reagiert auf Ansprache:
 abweisend aggressiv gar nicht _____

veränderte Sprachqualität (Lautstärke, Betonung o. ä.):

Gesprochenes ergibt keinen Sinn: nein ja zeitweilig

Körperpflege

Abwehrverhalten:
 verbal kratzen beißen spucken schlagen

Lehnt die Pflege durch Personen anderen Geschlechts ab:
 nein ja zeitweilig

Schamgefühl: reduziert übersteigert

Bewährte Hilfestellung:

Ess- und Trinkverhalten

Sättigungsgefühl vorhanden: nein ja

Durstgefühl vorhanden: nein ja

Isst mit Besteck: nein ja

Bewährte Hilfestellung:

| Besonderheiten Essen/Trinken: | Frühstück | Uhr | Mittag | Uhr | Abend | Uhr |
|--|-----------|-----|--------|-----|-------|-----|
| Bevorzugtes Getränk/Bevorzugte Speise: | | | | | | |
| Abneigung gegen Getränke/Speise | | | | | | |

Ausscheidungsverhalten

Kann sanitäre Anlagen adäquat benutzen: nein ja zeitweilig

Kot schmieren : nein ja zeitweilig

Bewährte Hilfestellung : _____

Ruhe- und Schlafgewohnheiten

Tag- Nachtrhythmus gestört:
 nein ja, wie _____

vormundschaftgerichtliche Genehmigung zur Fixierung vorhanden:
 ja beantragt

Fixierung:
 nein ja, Art der Fixierung _____

Bewährte Hilfestellung:

Beschäftigungsverhalten

Antriebsgesteigert/ unruhig : nein ja zeitweilig

Rückzugstendenz/Antriebsarmut/ Interessenlosigkeit : nein ja zeitweilig

Bewährte Hilfestellung:

Biografie (Beruf, Hobby) : _____

Sozialverhalten und Kontaktpflege

Erkennt Angehörige, Freunde, Pflegekräfte : nein ja zeitweilig

Lehnt soziale Kontakte ab : nein ja zeitweilig

Bewährte Hilfestellung: _____

Schaffung einer sicheren Umgebung

Suchen von Gegenständen/ Personen/ Wege/Orten : nein ja zeitweilig

Tendenz zum Verlegen von Dingen : nein ja zeitweilig

Angstvorstellungen/ Depressionen : nein ja zeitweilig

Welche Art: _____

Sinnestäuschungen: nein ja zeitweilig

Welche Art: _____

Selbst- /Fremdgefährdung:
 nein ja, wie: _____

Bewährte Hilfestellung:

Anlage 2 - Medikamente/Diagnosen

| |
|------------------|
| _____ Name |
| _____ Vorname |

| Medikation lt. Anordnung des Arztes | | | | | | | | | |
|---|---------|---------|--------|-----------|---|---------|---------|--------|-----------|
| aktuelle Medikation (empf. Medikation nach Entlassung) | morgens | mittags | abends | zur Nacht | aktuelle Medikation (empf. Medikation nach Entlassung) | morgens | mittags | abends | zur Nacht |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| Bedarfsmedikament mit Indikation und Risikofaktoren | Einzeldosis | Max. Dosis in 24 Stunden |
|---|-------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

BTM : _____ **Bedarf :** _____ **Sonstiges Form/Ort:** _____
 morgens mittags abends nachts **Uhrzeit/en :** _____
Datum/Uhrzeit letzter Wechsel/letzte Gabe: _____

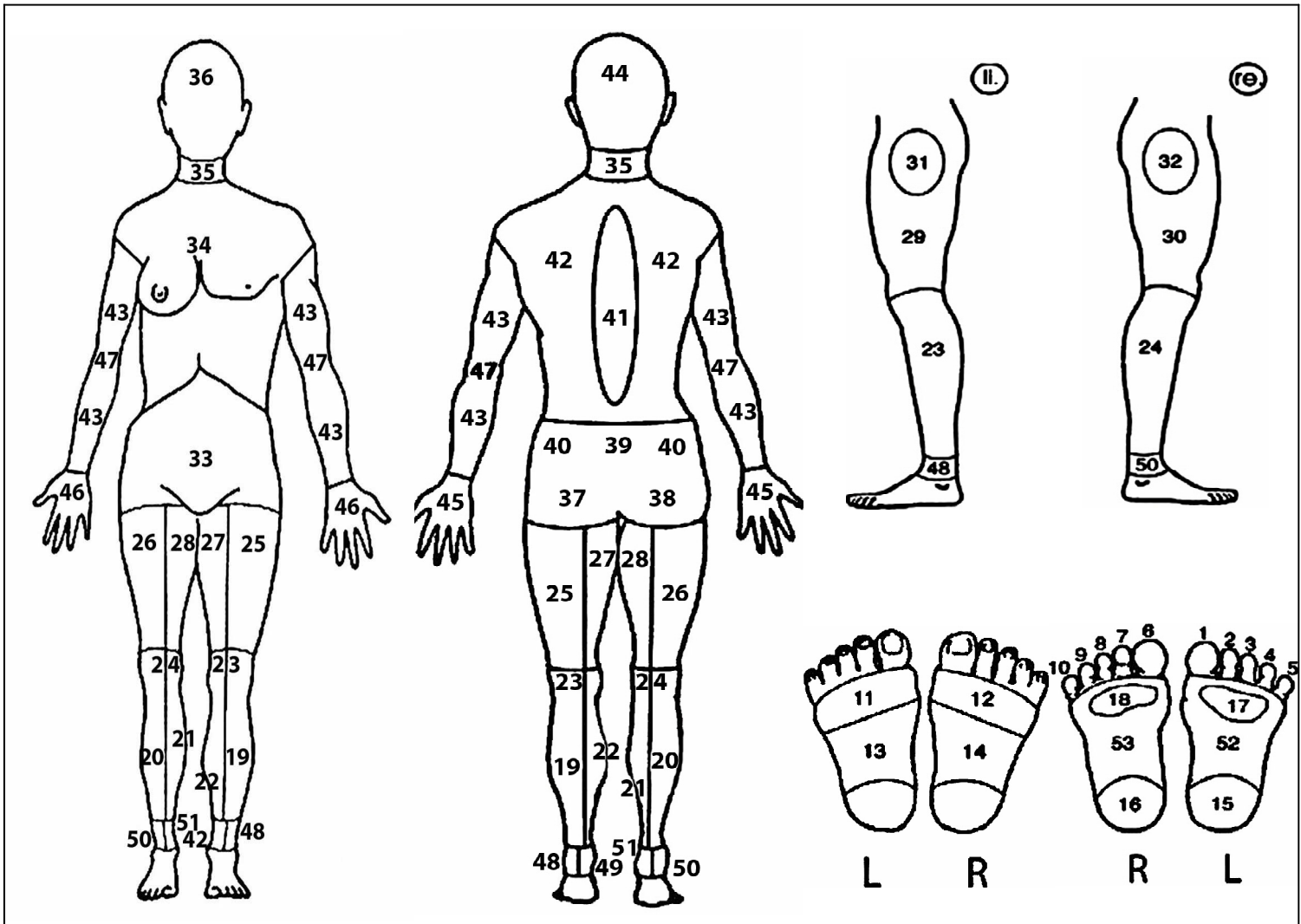
Augentropfen : _____ **Bedarf :** _____
 morgens mittags abends nachts **Uhrzeit/en :** _____

Diagnose(n)

Anlage 3 - Dekubitus- und Wunddokumentation

Name

Vorname



Dekubitus nein ja (Lokalisierung siehe Grafik) Grad: _____ Größe: _____

Gefahr laut Bradenskala Nortonskala _____

Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): Pilzbefall ja Lokalisation: _____

Versorgung selbständig mit Hilfe Allergien nein ja Art _____

Bisherige Wundversorgung: _____

Anlage 4 - Palliativversorgung

Name

Vorname

Palliativmediziner, konsiliar: nein ja Telefon: _____

Aktueller Status der palliativen Versorgung

Patient über begrenzte Lebenserwartung aufgeklärt? nein ja
Ansprechpartner über begrenzte Lebenserwartung aufgeklärt? nein ja
In spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeschrieben? nein ja beantragt
Ambulanter Palliativ- (Pflege)-/ Hospizdienst in Versorgung eingebunden? nein ja Dienst : _____
Stationäres Hospiz? nein ja Einrichtung: _____

Ist eine rasche Rückführung in die Betreuungseinrichtung/nach Hause erwünscht? nein ja

Individuelle Bedürfnisse/ Pflegerische Besonderheiten/ Palliative Besonderheiten

Lagerungsmaßnahmen (z. B. path. Frakturen, schmerzlindernde Lagerungen, etc.): _____

Schmerztherapie? nein ja

Schmerzzustand: NRS _____ nach Medikamentengabe beherrscht nicht beherrscht

Übelkeit/Erbrechen? _____

Luftnot? _____

Individuelle Pflege? _____

Sonstiges? _____

Psychosoziale Situation

Z. B. Familiäre Situation, emotionale Verfassung, etc. _____

Biografische Angaben

Seelsorgerische/ Spirituelle Bedürfnisse:

Konfession: _____

Seelsorgerische/spirituelle Begleitung: nicht erwünscht erwünscht bereits vorhanden durch: _____

Krankensalbung erwünscht: nein ja Aussegnung erwünscht: nein ja

Lieblingsgetränk: _____

Lieblingsspeise: _____

Vorlieben (z. B. Musik, Bücher, Hörbücher, TV): _____

Abneigungen/Ängste

:

Besonderheiten: _____