

Pflegeüberleitungsbrief

Kreis Minden-Lübbecke

Haus-/Facharzt:
Pflegerelevante Kurzinformationen:

Patientenverfügung: ja nein nicht bekannt

Vorsorge/Vollmacht: ja nein nicht bekannt

Voraussichtl. Entlassung/Überleitung am: _____

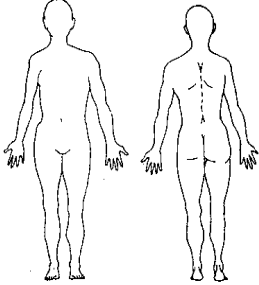
An Pflegeheim Pflegenden Angehörige Ambulanten Pflegedienst Krankenhaus

I Körperpflege / Kleidung						
	ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	Übernahme	Bemerkungen	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Waschecke
Duschen	<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"/>		
Zahnprothese	<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"/>		
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hautbeschaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	Sonstiges:			
Pfleagemittel:						

II Ernährung			
Kostform:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	BE:	Tägl. Menge:
Hilfestellung:	<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/> Anreichen	Sondenkost ml Wasser ml
Tägl. Trinkmenge (Soll):	ml	Verabreichung per:	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe
Trinkverhalten:	<input type="checkbox"/> selbständig	Sondentyp:	<input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Schwerkraft
Letzte Mahlzeit:	<input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken	Sonde gelegt am:	

III Ausscheidungen						
Flüssigkeitsbilanzierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle				
Hilfestellung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Nachstuhl	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Steckbecken	
Stuhlgang	abgeführt am:			<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> neigt zu Durchfall	<input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> digitale Ausräumung				
Anus praeter	Versorgung: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe			<input type="checkbox"/> Übernahme		
Versorgungssystem:						
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja					
		<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Cystofix	CH:	gelegt / gewechselt am:	
Versorgung bei Harn / Stuhlinkontinenz (Inkontinenzprodukte / Art / Größe):						

IV Bewegung / Lagerung				
	ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	Bemerkungen
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wegstrecke ca.:
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebrauch von Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art:
Gebrauch von Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauer
Transfer	<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> halbaktiv	<input type="checkbox"/> passiv	
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Lagerungsart:		Lagerungswechsel/Häufigkeit:

V Schlaf								
<input type="checkbox"/> ungestört		<input type="checkbox"/> Schlafstörungen		<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände				
<input type="checkbox"/> Besonderheiten (z.B. Hilfen, Einschlafseite):								
VI Kommunikation								
	ohne Einschränkungen	Einschränkungen	Bemerkungen:					
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links			
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Lesebrille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen			
VII Orientierung								
Zeitlich:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	Örtlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein			
Zur Person:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	Situativ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein			
Bemerkungen:								
VIII Medikation lt. Anordnung des Arztes								
Bisherige Medikation (oral / parenteral):			Insulin:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
			Art:					
			Verabreichung per:		<input type="checkbox"/> Spritze	<input type="checkbox"/> Pen	<input type="checkbox"/> Insulinpumpe	
			Injektion		<input type="checkbox"/> selbständig		<input type="checkbox"/> Angehörige	
					<input type="checkbox"/> Anleitung		<input type="checkbox"/> Übernahme	
			Blutzuckerkontrolle (Häufigkeit):					
Bedarfsmedikation:			Marcumar: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
			Bemerkungen:					
Einnahme: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme								
Letzte Medikation: <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> Zeitpunkt:								
IX Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen								
Dekubitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation s. Grafik)			<input type="checkbox"/> Gefahr laut Norton-Skala/Braden					
Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.):								
Lokalisation:								
Versorgung:		<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Letzter VW am:				
Infektion (z. B. ORSA / MRSA):								
Tracheostoma		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					
Allergien:								
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		<input type="checkbox"/> Letzte Kontrolle:						
Sonstiges:								
								
X Bisherige Therapie / Sonstiges								
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik		<input type="checkbox"/> Ergotherapie		<input type="checkbox"/> Logopädie				
Rehabilitation		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> bewilligt, Antritt am:				
XI Soziale Aspekte								
		<input type="checkbox"/> Alleinstehend		<input type="checkbox"/> Betreuung durch Angehörige		<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer		
Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):								
Beratung durch <input type="checkbox"/> Sozialdienst <input type="checkbox"/> Pflegeüberleitung								
Pflegeversicherung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> bewilligt, Stufe:	<input type="checkbox"/> nicht bekannt			
Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> empfohlen	<input type="checkbox"/> nicht bekannt			
Welche:								
Sonstiges (z.B. Essen auf Rädern, Hausnotruf):								

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung!

Telefon _____

Datum _____

Unterschrift _____