

Verlegung in / nach

Patientenüberleitung

Name des Patienten: Größe: cm BMI:
Geburtsdatum: Gewicht: kg
Anschritt: Patientenverfügung vorhanden: []

Diagnosen: Pflege-relevante Diagnosen:
[] Harninkontinenz (s.u.)
[] Stuhlinkontinenz (s.u.)
[] Offene Wunde(n) (s.u.)
[] Schluckstörung (s.u.)
[]
[]
[]

Soziale Situation: Wohnung:
[] Allein lebend [] Etage: [] Fahrstuhl
[] Mitbewohner: [] Stufen:
[] Unterstützung durch:
[] Pat. steht unter Betreuung. Betreuer: Betreuung beantragt:
[] Pflegestufe: Pflegestufe beantragt:
Bezugsperson(en):

Kooperationspartner im Gesundheitsmanagement: Weitere Partner (z.B. Fachärzte, Therapeuten):
[] Hausarzt: []
[] Pflegedienst / Heim : []

Orientierung ungestört: []
Probleme:
[] Demenz (s.u.)

Kommunikation ungestört: []
Hörgerät: []
Brille: []
[] Aphasie
[] andere Sprach- / Sprechstörung
[] Tracheostoma Ch: gewechselt am
[] sonstiges:

Mitgeführte Papiere und Wertsachen:

Mobilität

Vorhandene Hilfsmittel:

Alltagaktivitäten

Vorhandene Hilfsmittel: Zahnprothese oben unten

BARTHEL – Index **Summe: _____ Punkte**

Bett / Rollstuhl-Transfer (unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), erhebliche Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

Fortbewegung Ebene (unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), Rollstuhl-mobil (5), nicht selbstständig (0)) _

Treppensteigen (steigt unabhängig eine Treppe (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

Essen (unabhängig (10), benötigt etwas Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

An- und Auskleiden (unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

Waschen (unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen (5), nicht selbstständig (0)) _

Baden (unabhängig bei Voll- und Duschbad (5), nicht selbstständig (0)) _

Toilettenbenutzung (unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

Stuhlkontinenz (Stuhlkontrolle (10), Inkontinenz max. 1/Woche (5), häufige Inkontinenz (0)) _

Urinkontinenz (Urinkontrolle, ggf. DK (10), Inkontinenz max. 1/Tag (5), häufige Inkontinenz (0)) _

Ernährung / Schlucken

Kostform:

Trinkmenge überprüfen

PEG vorhanden Ch: __ gelegt am _____

Ausscheidung

letzter Stuhlgang:

DK transurethral Ch: __ gewechselt am _____

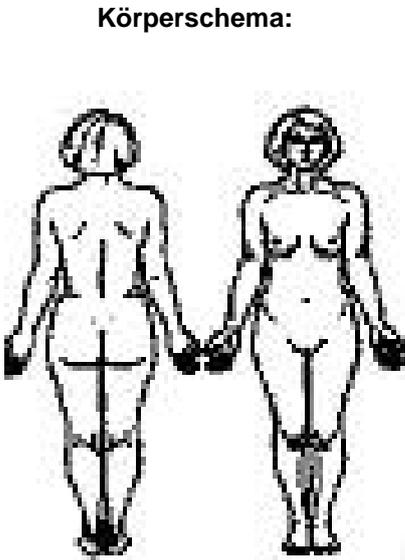
 suprapubisch Ch: __ gewechselt am _____

Enterostoma Gr: __ gewechselt am _____

Wunden:

Weitere Angaben:
(z.B. auch Hautzustand, Risiken, Schlafstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Interessen und Vorlieben)

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Beiblatt anfügen!



Ich bin mit der Weitergabe dieser Daten einverstanden

Datum Unterschrift Datum Unterschrift Patient / Betreuer

Anlagen: Ärztlicher Bericht / Epikrise Therapiebericht/e _____

Beiblatt Ernährung Beiblatt Wundversorgung _____

Beiblatt Medikamente Beiblatt Sturzrisiko _____