

Pflegeüberleitungsbogen

vom _____

Klient

Name:	<u>Mustermann</u>	Vorname:	<u>Max</u>
Geburtsdatum:	<u>22.07.1931</u>	Familienstand:	<u>verwitwet</u>
Staatsang.:	<u>deutsch</u>	Religion:	<u>römisch-katholisch</u>
Strasse:	<u>Musterstr. 11</u>	PLZ/Ort:	<u>33445 Musterstadt</u>
Telefon:	<u>03495/ 26885</u>	Mobil:	<u>0151/12568366</u>
Krankenkasse:	<u>AOK Hessen</u>	Pflegegrad:	<u>Pflegegrad 3, Sachleistung</u>
Krankenvers.-Nr.:	<u>X232323</u>	Leistungsart:	<u>SGB V, SGB XI, §45b SGB XI</u>

Angehörige

Name:	<u>Schmidt</u>	Vorname:	<u>Heinz</u>
Verwandschaftsgr.:	<u>Lebensgefährte</u>		
Strasse:	<u>Musterstr. 11</u>	PLZ/Ort:	<u>33445 Musterstadt</u>
Telefon:	<u>03495/26885</u>	Mobil:	<u>0157/12345678</u>

Bezugsperson

Name:	<u>Becker</u>	Vorname:	<u>Ursula</u>
Verwandschaftsgr.:	<u>Cousin/-e</u>		
Strasse:	<u>Töngesgasse 20</u>	PLZ/Ort:	<u>60313 Frankfurt am Main</u>
Telefon:	<u>069/ 40 50 60 70</u>	Mobil:	<u>0156/ 69696462</u>

Betreuer

Name:	<u>Dill</u>	Vorname:	<u>Susanne</u>
Einrichtung:	_____	Aufgabenkreis:	<u>Betreuung</u>
Strasse:	_____	PLZ/Ort:	_____
Telefon:	<u>0694546465</u>	Mobil:	_____

Hausarzt

Name:	<u>Assmann Michael</u>		
Strasse:	<u>Rödelstr. 10</u>	PLZ/Ort:	<u>33445 Musterstadt</u>
Telefon:	<u>03495/741632</u>	Mobil:	_____

Facharzt

Name:	_____	Fach:	_____
Strasse:	_____	PLZ/Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____

Übergebende Einrichtung

Name:	<u>Demo Pflegedienst</u>		
Strasse:	<u>Brönnnerstraße 17</u>	PLZ/Ort:	<u>60313 Frankfurt am Main</u>
Telefon:	<u>069 - 15 34 87 92</u>	Fax:	<u>069 - 15 34 87 93</u>

Diagnosen

Adipositas
Akute Bronchitis
Bluthochdruck (Hypertonie)

Medikation

EDV-Medikamentenausdruck liegt bei:

Präparate	Art/Dosierung/Häufigkeit/Zeit/Dauer

Pflegehilfsmitteln

Duschhocker mit Armlehnen
Rollator
kl.Sauerstoffgerät
Kompressionsstrümpfe
Badewannenbrett
Elektrorollstuhl

Sonstige wichtige Informationen

(Allergien, Anfallsleiden, Unverträglichkeiten, Schrittmacher, etc)
Hat einen Hund, bitte beim Eintreten in die Wohnung beachten.
Wachkoma

Pflegestatus

Orientierung				Körperpflege/An- und Auskleiden			
zeitlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	Ganzkörperwäsche/ Dusche	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
zur Person	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	Zahnpflege	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
örtlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	Kämmen/Rasieren	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
situativ	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	An-/Auskleiden	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Kommunikationsstörung				Ausscheidungen			
Sprache	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> mässige	<input type="radio"/> schwere	Harninkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> gelegentlich
Hörvermögen	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> mässige	<input type="radio"/> schwere	Katheter	<input type="radio"/> Blasenkatheter	<input type="radio"/> SB-Katheter	
Hörgerät	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> gelegentlich
Sehvermögen	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> mässige	<input type="radio"/> schwere	Benutzung	<input type="radio"/> Toilette	<input type="radio"/> Toilettenstuhl	
Sehhilfen	<input type="radio"/> Brille	<input type="radio"/> Kontaktlinsen			<input type="radio"/> Inkontinenzprod.	<input type="radio"/> Anus praete	
Vitalfunktion				Ernährung			
Blutdruck:	_____			Ernährungszustand	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> kachektisch	
Puls:	_____				<input type="radio"/> adipös	<input type="radio"/> exsikkiert	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		Aufnahme der Ernährung	<input type="radio"/> Vollkost	<input type="radio"/> PEG-Sonde	
Atmung	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> eingeschränkt			<input type="radio"/> passiert	<input type="radio"/> enterale Sondenernähr.	
Sauerstoff	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise		<input type="radio"/> Diät	<input type="radio"/> parenterale Ernährung	
Wärme-/Kälteempfinden	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> gestört		Essen	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	
Prophylaktische Maßnahmen					<input type="radio"/> vollständige Übernahme		
	<input type="radio"/> Dekubitus	<input type="radio"/> Pneumonie		Trinken	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	
	<input type="radio"/> Thrombose	<input type="radio"/> Kontraktur			<input type="radio"/> vollständige Übernahme		
	<input type="radio"/> Sturzprophylaxe			Mobilität			
Ruhen und Schlafen				Aufsuchen/ Verlassen d. Bettes	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	
Schlafgewohnheit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> gestört			<input type="radio"/> vollständige Übernahme		
Medikamente	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> regelmäßig	<input type="radio"/> bei Bedarf	Stehen	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	
Sich beschäftigen					<input type="radio"/> vollständige Übernahme		
Medien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teilweise	Gehen	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	
Hobby	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			<input type="radio"/> vollständige Übernahme		
Teilnahme an Therapien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		Treppensteigen	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	
Bemerkung:	_____				<input type="radio"/> vollständige Übernahme		

 Datum, Unterschrift der Pflegekraft