

Patientenüberleitung der Gesundheits- und Pflegekonferenz Kreis Euskirchen

Patient		
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
Name		Vorname
Geburtsdatum		
Straße		PLZ/Ort
Krankenkasse		Telefonnummer
Religion		Muttersprache

Soziale Aspekte		
<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung		
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____	
Hauptbezugsperson	Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____	
Hausarzt	Name: _____ Ort: _____ Telefon: _____	

Bisherige Versorgung	
<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> stationäre Pflege	
Pflegebereitschaft Bezugsperson:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einstufung Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> ja, bewilligte Stufe: _____
Eingeschränkte Alltagskompetenz	<input type="checkbox"/> erheblich <input type="checkbox"/> erhöht

Wertsachen / Vollmachten / Dokumente	
<input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> Geldbörse <input type="checkbox"/> Versicherungskarte <input type="checkbox"/> Uhr <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Kreditkarte	
Sonstiges	
_____ _____	

Diagnosen	

Medikamente									
Medikamenteneinnahme selbstständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					Insulingabe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pumpe				
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Ernährung							
<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> Trinkverhalten selbstständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken							
Datum				Uhrzeit			
letzte Nahrungsaufnahme							
Sondenkost <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		orale Ernährung zusätzlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Sondenart		gelegt am	
Verabreichung per <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Schwerkraft							
				<input type="checkbox"/> parenterale Ernährung		<input type="checkbox"/> Nahrungskarenz	

Pflege							
	selbstständig	mit Anleitung	teilw. Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad/Dusche	Waschbecken
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilität					
	selbstständig	mit Anleitung	teilw. Übernahme	vollst. Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe
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"/>
Toilettengang	<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"/>
Beweglichkeit im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausscheidungen	
letzter Stuhlgang am:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung
<input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen	<input type="checkbox"/> dig. Ausräumung
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise
Besonderheiten	

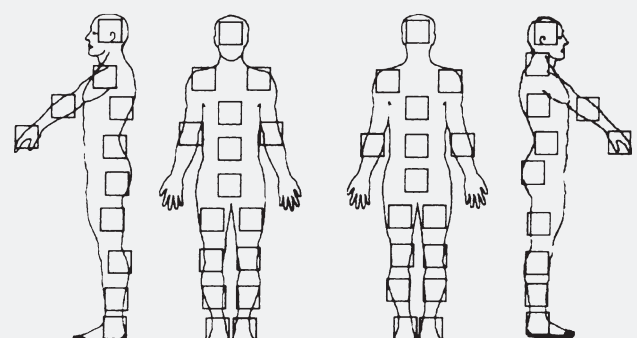
Versorgungssystem	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
	<input type="checkbox"/> transur. Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> suprapub. Blasenkatheter
	<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Einmalinkontinenzartikel
		<input type="checkbox"/> CH
gelegt/gewechselt am:	<input type="text"/>	
bisher versorgt mit	<input type="text"/>	

Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Steckbecken
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Unterarmstütze
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/>

Kommunikation	
Sprache	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Gehör	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sehen	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Schrift	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Hörgeräte	<input type="checkbox"/> ja

Orientierung / Psyche	
zeitlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise
persönlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise
örtlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise
Situativ	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise

Hautbeschaffenheit	
Haut	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Besonderheiten: <input type="text"/>
1. Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation, Größe, siehe Grafik)
2. Wunden z.B. OP-Wunden (od. Ulcus cruris)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation, Größe, siehe Grafik)
Wundschmerz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Bilquelle: Essener Leitlinie zur Patientenüberleitung

Infektionen	
MRSA:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wunde s. Grafik <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Rachen
Pilzinfektionen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Lokalisation s. Grafik

Spezielle Überwachung	
Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Atmung	<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Absaugen <input type="checkbox"/> Silberkanüle <input type="checkbox"/> Silikonkanüle
Kanülengröße	<input type="text"/>
Kanülenart	<input type="text"/>
Überwachung	<input type="checkbox"/> Blutdruck <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Temperatur
	<input type="checkbox"/> Atmung <input type="checkbox"/> Puls <input type="checkbox"/> Schmerz

Spezielle Aspekte	
Palliativpflege:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Allergiepass vorhanden
Art	<input type="text"/>

Besonderheiten	
z.B. Verhalten, Demenz, Schlafstörungen	

Erstellt durch		
Name	Vorname	Datum
Telefonnummer	Unterschrift	