

Pflege Überleitungsbogen

und Gerontopsychiatrischer Überleitungsbogen

© Netzwerk
Wandsbek

Stempel der Einrichtung

Bestellformular unter Tel. 23 80 87 88

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Anschrift: _____ ☎
Ansprechpartner: _____ ☎
Juristischer Betreuer: _____ ☎
Hausarzt: _____ ☎ **Facharzt:** _____ ☎
Kranken-, Pflegekasse: _____ **Pflegestufe:** _____

Anlaß der Einweisung: _____
Diagnosen: _____
Vitalzeichen: RR: _____ Puls: _____ Temp.: _____ BZ: _____ Atmung: _____ Allergien: _____

Medikation

Bewußtsein

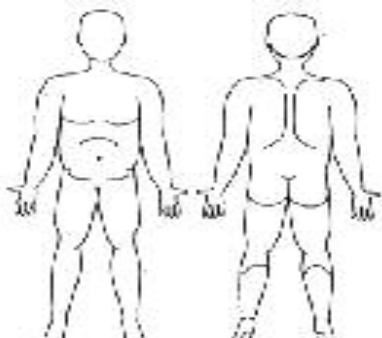
wach orientiert
 somnolent desorientiert
 komatös Sonstiges: _____

Kommunikation

kann sich verständlich machen
 Sprachstörung: _____
 schwerhörig
 Sehbehinderung
 Muttersprache: _____

Schlafgewohnheiten

Hautbeschaffenheit / Dekubitus



Mobilität

selbständig Rollstuhl
 eingeschränkt Gehhilfe
 bettlägerig Prothese: _____

Essen / Trinken

Diät / Kostform / Sondennahrung: _____

Schluckstörung Ernährungssonde
Pat. trinkt ausreichend? Ja Nein

Ausscheidung

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Pat. hat abgeführt am _____
 Stuhlregulierung durch _____
 Blasenkatheter am _____
 Anus praeter

Hilfsmittel

Brille Hörgerät
 Zahnprothese: oben unten
 Sonstiges: _____

Hilfe

	<i>ganz</i>	<i>teilweise</i>	<i>benötigt Anregung</i>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

siehe Ergänzungsbogen

Besondere Hinweise: _____

Sucht: _____

_____ Datum / Pflegekraft
Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an: _____
Name und Telefonnummer

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung liegt vor!