



Pflegeüberleitungsbogen

Patient
Name
Vorname
Geb. Datum
Straße
Wohnort
lebt allein: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Angehörige/Betreuer
Name
Telefon
Hausarzt

Kostenträger
Krankenkasse

Pflegeversicherung
genehmigte Stufe: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>
Leistung beantragt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Frei von ansteckenden Krankheiten
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> TBC Röntgen am:

Hilfsmittel
Krankenbett <input type="checkbox"/>
Nachtstuhl <input type="checkbox"/>
Wechseldruck-System <input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel <input type="checkbox"/>
Zahnprothese <input type="checkbox"/>
Gehstock/-hilfe <input type="checkbox"/>
Rollator <input type="checkbox"/>
Stützkorsett <input type="checkbox"/>
Rollstuhl <input type="checkbox"/>
Sauerstoffgerät <input type="checkbox"/>
OptiPen <input type="checkbox"/>
Brille <input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen <input type="checkbox"/>
Hörgerät <input type="checkbox"/>
Sonstiges:

Diagnosen

Medikation/Injektion	morgen	mittag	abend	nacht

Besonderheiten
Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>
Allergien <input type="checkbox"/>
Suchtprobleme <input type="checkbox"/>
Sonstiges:

Kommunikation
nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/>
eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Grund:

Orientierung	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tag/Nacht	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
zur Person	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
örtlich	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
zeitlich	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
situativ	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
nächtl. Unruhe	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Weglauftendenz	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>



Pflegeüberleitungsbogen (Fortsetzung)

Allgemeine Körperpflege und Mobilität

Häufig bettlägrig <input type="checkbox"/>	ständig bettlägrig <input type="checkbox"/>		
	selbständ.	mit Hilfe	hilflos
Waschen			
Baden, Duschen			
Mundpflege			
Frisieren, Rasieren			
Nagelpflege			
Benutzen der Toilette			
An- und Auskleiden			
Aufstehen			
zu Bett gehen			
Gehen			
Nahrungsaufnahme			
Arzneieinnahme			
Motivation u. Anleitung bei Verrichtung d. tägl. Lebens			
Sonstiges:			

Hautschäden/Wunden

ja nein

Lokalisation:

Größe:

Aussehen:

bisherige Versorgung:

Ernährungsform

Vollkost	<input type="checkbox"/>	
Diätkost	<input type="checkbox"/>	
Schonkost	<input type="checkbox"/>	
Diabetesdiät	<input type="checkbox"/>	BE:
PEG-Kost	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges:		

Kontrakturen

ja nein

Lokalisation:

Ausscheidung

Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>
Künstl. Darmausgang	<input type="checkbox"/>
Blasenkatheter:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
letzter Wechsel:	

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____ Stempel _____ Unterschrift der Pflegekraft _____ Tel für Rückfragen _____