



# 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			
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 \_\_\_\_\_