

Pflegeüberleitung (MDK)

<Patient: Vorname> <Patient: Name> geb. <Patient: GeburtsDatum>

wohnhaft: <Patient: Strasse>
<Patient: Plz> <Patient: Ort>

Fall Nr.: <Fall: FallNr>
Station: <Allgemeines: PflegOE>
Versicherung: <AnschriftVersicherung: Name>
Versicherungsnummer

Entlassung am: <Fall: EndeDatum>

Diagnosen:

<DiagMedBez: UDT>

An: Pflegeheim Ambulanten Pflegedienst Sonstige Einrichtungen: _____
Name:
Adresse:
Ansprechpartner

I Soziale Aspekte

<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> Betreuung durch Angehörige Betreuung beantragt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer: Name Tel.-Nr. Freiheitseinschränkende Maßnahmen:	
Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):	
Behandelnder Arzt:	Pflegebereitschaft der Angehörigen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse / Tel.-Nr.:	Bisherige Versorgung durch: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Amb. Pflege- dienst
Adresse / Tel.-Nr. des amb. Pflegedienstes:	Einstufung Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> beantragt, am: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bewilligt, Stufe:

<Patient: Vorname> <Patient: Name> geb. <Patient: GeburtsDatum>

II Körperpflege / Kleidung

	ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	voll. Hilfe	Bett	Bad	Waschbecken
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn- prothese oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/>	<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"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbeschaffenheit:	<input type="checkbox"/> intakt		<input type="checkbox"/> trocken				
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:						
Größe:				Gewicht:			
Pfleagemittel:							

III Atmung / Beatmung am

Spontan/ Raumluf <input type="checkbox"/>	O ₂ -Brille <input type="checkbox"/>	l/min	Trach-Vent: <input type="checkbox"/>	l/min
	Flow O ₂ :	l/min	FiO ₂ :	
Intubation: Tag	Tubusgröße: mmID	Markierung: cm	Mundwinkel	
Trachealkanüle: Tag	Kanülenart:	Fabrikat:		
Kanülengröße: mmID	Nächster Wechsel:			
Ungeblockt <input type="checkbox"/>	Geblockt <input type="checkbox"/> mit Cuff - Druck	mmHG		
Tracheale Sekretion:	Befund:			
Beatmungsmodus:				
Invasiv <input type="checkbox"/>	Non-Invasiv <input type="checkbox"/>	Art der Maske:		
Gerät:	Druckkontrolliert <input type="checkbox"/>	Volumenkontrolliert <input type="checkbox"/>	ASB <input type="checkbox"/>	
FiO ₂ :	AMV: l/min	AZV: ml	AF: /min	
P _{max} : mbar	Peep: mbar	I:E sec	ASB: mbar	
Inhalation: x tgl. mit				
Besonderheiten:				
Absauggerät:				
Mobil Außer Haus				
Geräte für die O ₂ -Therapie: Sauerstoffkonzentrator stationär bis 5l/min <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff <input type="checkbox"/>				
Mobiles O ₂ -Gerät inkl. 2l O ₂ -Flascher <input type="checkbox"/> mit Demandsystem <input type="checkbox"/> mit kontinuierlichem Durchfluss <input type="checkbox"/> Sauerstoffflaschenfüllsystem mit O ₂ -Konzentrator und zwei 1,7l O ₂ -Flaschen <input type="checkbox"/>				

<Patient: Vorname> <Patient: Name> geb. <Patient: GeburtsDatum>

IV Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierungen		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle
Hilfestellungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken
Stuhlgang	abgeführt am:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung	<input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausräumung
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	
Anus praeter Versorgung:			
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollst. Übernahme			
Versorgungssystem:			
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter mit Beinbeutel inkl. Halterung / Bettbeutel
		<input type="checkbox"/> Suprapubischer Harnblasenkatheter	<input type="checkbox"/> sonstige Ableitungen:
CH: gelegt / gewechselt am:			
Harn- u./o. Stuhlinkontinenz bisher versorgt mit folgenden Hilfsmitteln (Art / Größe):			

V Bewegung / Lagerung

	selbständig	mit An- leitung	mit Hilfs- mittel	mit pers. Hilfe	mit Hilfs- mittel und pers. Hilfe	Bemerkungen
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"/>	
Gang zur Toilette	<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: <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv						
Sturzanamnese <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Pflegebett						
<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl mit Armlehnen						
Sonstiges: <input type="checkbox"/> Rollstuhl						
Bettlägerig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Lagerungsart: Lagerungswechsel / Häufigkeit:						
Mobil außer Haus: 2 – 4 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 4 Std. <input type="checkbox"/>						

<Patient: Vorname> <Patient: Name> geb. <Patient: GeburtsDatum>

VI Ernährung

Kostform:			
Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme:			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung			
tägl. Trinkmenge: _____ ml			
Trinkverhalten: <input type="checkbox"/> selbständig			
<input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken			
Letzte Mahlzeit (Uhrzeit): _____ Uhr			
Sondenkost <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Produkt:	
tägl. Kalorienzufuhr: _____ kcal.			
tägl. Menge Sondenkost: _____ ml Wasser: _____ ml			
Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe – ml/h <input type="checkbox"/> Spritze			
<input type="checkbox"/> Schwerkraft			
Sondentyp: _____			
Sonde gelegt am: _____			
Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
tägl. Kalorienzufuhr: _____ kcal.			
tägliche Menge: _____ ml			
Ernährungspumpe Typ:			

VII Orientierung / Psyche

	ja	nein	zeitweise
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Hinlauftendenz

Herausforderndes Verhalten nein ja, bitte beschreiben

VIII Bewusstseinslage

<input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös
--

IX Kommunikation

	ohne Einschränkungen	Einschränkungen	Bemerkungen
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörgerät	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brille			

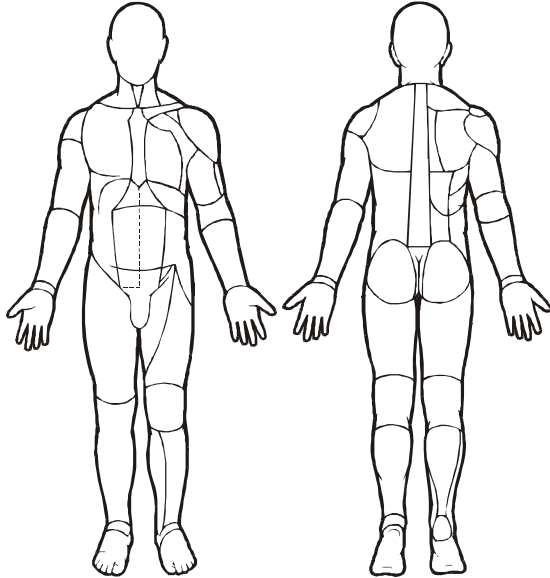
X Schlaf

<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände <input type="checkbox"/> Besonderheiten (z.B. Hilfen, Gewohnheiten):
--

<Patient: Vorname> <Patient: Name> geb. <Patient: GeburtsDatum>

X Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen

Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation siehe Grafik)
	Grad / Größe: _____
	Gefahr aus pflegefachlicher Sicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wunden (z.B. OP-Wunden Ulcus cruris u.a.):	
Versorgung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> ja Lokalisation:



XII

Medikation am	lt. Anordnung des Arztes	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral
Bisherige Medikation:	Dosierung:	
Bedarfsmedikation:		
Besonderheiten der Applikation:		
Einnahme:	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme
letzte Medikation:	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> Uhrzeit:
Insulin:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art:		
Verabreichung per:	<input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe	
Injektion:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung	<input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
bisherige Blutzuckerkontrolle:	mal pro Tag	

XIII Bisherige Therapie / Sonstiges

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	letzte Kontrolle am:
<input type="checkbox"/> Defibrillator	letzte Kontrolle am:
Sonstiges:	

Datum

Name / Unterschrift der Kr.Sr. /
Kr. Pfl.

Telefon-Nr.