

Frau  Herr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Patienten-Telefon \_\_\_\_\_

# Patientenüberleitung

© Krefelder Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz angelehnt an Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Stempel: \_\_\_\_\_

Überleitung am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

An:  amb. Pflegedienst  Krankenhaus  Pflegeheim  Reha  Hospiz  Häuslichkeit  Tagespflege Name/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Aktuell bestehende MRSA - Besiedelung/Infektion  Wunde  Haut  Nase  Sputum  sanierungs-/behandlungsbedürftig

Aktuell bestehende Infektionen:  Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV  Sonstige \_\_\_\_\_

**Soziale Aspekte**  alleinstehend  minderjährig  gesetzlicher Betreuer  Vermögensverwaltung  Gesundheitsvorsorge  Aufenthaltsbestimmung

Muttersprache: \_\_\_\_\_ spricht deutsch:  ja  nein  wenig Religion: \_\_\_\_\_

**Angehörige / Hauptbezugsperson**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

(Verwandtschaftsgrad, z.B. Frau, Sohn, ...) Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter / Erziehungsberechtigter**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Wertsachen/Dokumente/Hilfsmittel mitgegeben**

Hausschlüssel  Geldbörse  Uhr  Kreditkarte  richterlicher Beschluss

Versichertenkarte  Zuzahlungsbefreiung  Patientenverfügung  Vorsorgevollmacht

Zahnprothese  oben  unten  Hörgerät  rechts  links

Brille  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Versorgung**

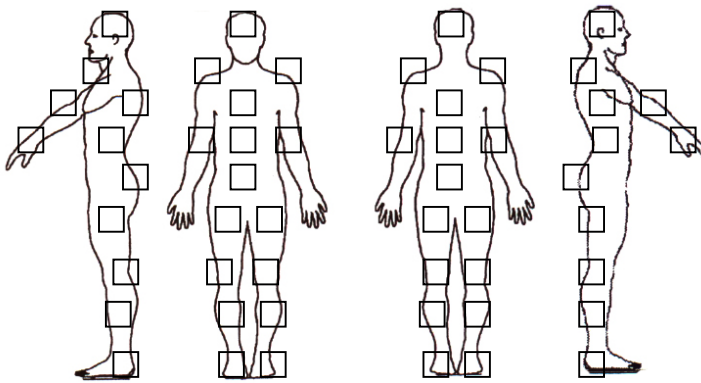
Bisherige Versorgung:  selbständig  Bezugsperson  amb. Pflegedienst  Pflegeheim

Einstufung Pflegeversicherung:  nein  beantragt  am: \_\_\_\_\_

ja bewilligte Stufe: \_\_\_\_\_

Reha-Maßnahme  beantragt am: \_\_\_\_\_

Allgemeine Pflege	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad / Dusche	Waschbecken	Ausscheidungen
	Körperpflege	<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"/>	Hilfsmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlgang <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausräumung
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harnkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versorgungssystem: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Hautbeschaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> fettig	<input type="checkbox"/> Juckreiz				<input type="checkbox"/> transur. Blasenkatheter <input type="checkbox"/> suprapub. Harnblasenkatheter <input type="checkbox"/> CH
Sonstiges								<input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Einmalinkontinenzartikel <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Pflegemittel								Gelegt / gewechselt am: _____
<b>Mobilität</b>	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe			bisher versorgt mit: _____
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Besonderheiten _____
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<b>Prophylaxen</b>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Soor / Parotitis <input type="checkbox"/> Thrombose
Toilettegang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Intertrigo <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> Obstipation
Sitzen auf dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<b>Dekubitus</b>
Beweglichkeit im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation, Größe + Grad siehe Grafik)
Bemerkung								Risiko gemäß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Hilfsmittel</b>	Unterarmgehstütze	Gehstock	Rollstuhl	Rollator	Toilettenstuhl			<b>Schlaf</b>
v = vorhanden b = beantragt	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> b			<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände
Sonstiges								Schlafphase <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Rücken
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							Besonderheiten: _____
Lagerungsart								
Lagerungswechsel / Häufigkeit								

Name <span style="float:right">Vorname</span> Geb. Datum	<b>Bewusstseinslage</b> <input type="checkbox"/> wach / ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> soporös <input type="checkbox"/> komatös																																																
<b>Essen und Trinken</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe Letzte Mahlzeit <input type="checkbox"/> Diät    Welche: Sondentyp    Sonde gelegt am: Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Schwerkraft <input type="checkbox"/> Spritze tägliche Menge Sondenkost    ml    Tee: ml tägliche Kalorienzufuhr    kcal Orale Ernährung zusätzlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein tägliche BE:       BMI: <input type="checkbox"/> Parentale Ernährung <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">Kommunikation</th> <th style="width:10%;">ohne Einschränkung</th> <th style="width:10%;">mit Einschränkung</th> <th style="width:10%;">zeitweise eingeschränkt</th> <th style="width:40%;">Orientierung / Psyche</th> <th style="width:10%;">ja</th> <th style="width:10%;">nein</th> <th style="width:10%;">zeitweise</th> </tr> <tr> <td>Sprache</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Zeitlich</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sprachverständnis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>zu eigener Person</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gehör</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Örtlich</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Situativ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schrift</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Weglauftendenz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Kommunikation	ohne Einschränkung	mit Einschränkung	zeitweise eingeschränkt	Orientierung / Psyche	ja	nein	zeitweise	Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu eigener Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	ohne Einschränkung	mit Einschränkung	zeitweise eingeschränkt	Orientierung / Psyche	ja	nein	zeitweise																																										
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu eigener Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<b>Spezielle Aspekte</b> Palliativpflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Allergien <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja            Allergiepass vorhanden <input type="checkbox"/> Art Pilzinfektion <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Lokalisation siehe Grafik) Wunden: z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Lokalisation siehe Grafik) Wundschmerz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja            Letzte Kontrolle am: Fixierung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja            Art:	<b>Atmung</b> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> kardialer Stau <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Verschleimung <input type="checkbox"/> Auswurf <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Silberkanüle <input type="checkbox"/> Silikonkanüle <input type="checkbox"/> Absaugen            Kanülengröße Kanülenart																																																
<b>Medikamente</b> Einnahme <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme            letzte Medikation : Uhrzeit Injektion <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme            Marcumarpass: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Insulinverabreichung per <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> feste Einheiten <input type="checkbox"/> nach Dosierungsplan Blutzuckerkontrolle <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends            Häufigkeit:            x täglich            x wöchentlich	<b>Spezielle Überwachung</b> <input type="checkbox"/> Blutdruck <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Einfuhr -max. ml: <input type="checkbox"/> Atmung <input type="checkbox"/> Puls <input type="checkbox"/> Ausfuhr <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> Temperatur <input type="checkbox"/> Gewicht <b>Therapien</b> <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie																																																
<b>Schulung</b> Art der Anleitung:            Lagerung            Inkontinenzversorgung            s.c. Injektion Wer wurde geschult:																																																	
<b>Bisherige Versorgung / Bemerkung / Besonderheiten / (z.B. Behinderungen, biographische Merkmale / Vorlieben-Abneigungen):</b>           																																																	
<b>Lokalisationsschema, Grad und Größe:</b> 																																																	
Hinweis: Diagnosen aus der ärztlichen Dokumentation entnommen. Telefon- Nummer    Datum    Name / Unterschrift der Pflegefachkraft																																																	

AOK <input type="checkbox"/>	LKK <input type="checkbox"/>	BKK <input type="checkbox"/>	IKK <input type="checkbox"/>	VdAK <input type="checkbox"/>	AEV <input type="checkbox"/>	KBS <input type="checkbox"/>
Name _____ Vorname _____ geb. am _____						
Straße _____ Nr. _____ PLZ _____ Ort _____						
Kassen- Nr. _____ Versicherten- Nr. _____ Status _____						
Betriebsstätten-Nr _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____						

# Ärztlicher Kurzbericht

## Patientenüberleitung Nordrhein

Ausführlicher Bericht folgt:  ja  nein

Behandelnder Arzt / Krankenhaus \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

Name / Telefon & Fax- Nr. \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Aufnahmegrund : \_\_\_\_\_

Adressfeld weiterbehandelnde Praxis

## Diagnosen

## ICD- 10 - Codierung

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

## Medikation Aufnahme

## Medikation Entlassung nach Abgleich mit Aufnahmemedikation

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Änderung Ja / Nein	Medikamenten Veränderungen erfolgt	Morgens Aufnahme	Mittags	Abends	Nachts

## Befunde

- EKG   
  Röntgen   
  Labor   
  Sono   
  Echo   
  Doppler   
  CT   
  MRT   
  Endoskopie   
  OP

## Mitgegebene Unterlagen

Sonstige: \_\_\_\_\_

Labor     Vorberichte     Bilder     Arztbrief     Sonstiges z.B. Anlage MRE

Der Überleitungsbogen wurde der Patientin / dem Patienten mitgegeben. Patientin / Patient übergibt die Unterlagen persönlich.

## Beantragte Leistungen

Pflegestufe beantragt     Rente beantragt / eingeleitet

Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (einschließlich ansteckungsfähiger Lungentuberkulose und MRE) vorliegen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift der Ärztin / des Arztes

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift der Pflegefachkraft  
(wenn Daten aus Pflegedokumentation übernommen)

## Patientenerklärung

Ich bin mit der Weitergabe der o. g. Daten zur Durchführung der erforderlichen Behandlung  einverstanden  nicht einverstanden

Die Daten sollen übersandt werden an:

- Pflegeeinrichtung zur Durchführung der erforderlichen Pflege   
  Krankenhaus   
  Hausarzt   
  behandelnder Arzt
- MDK zum Zweck der Feststellung der Pflegebedürftigkeit   
  Bezugsperson   
  Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift / Patientin / Patient  
gesetzl. Vertreterin / gesetzl. Vertreter