

Pflegeüberleitungsbrief Kreis Minden-Lübbecke

Patientenverfügung: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Vorsorge/Vollmacht: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Voraussichtl. Entlassung/Überleitung am: _____

An ☐ Pflegeheim ☐ Pflegende Angehörige ☐ Ambulanten Pflegedienst ☐ Krankenhaus

Hausarzt/-ärztin:
MRSA/MRGN Isolierung: ☐ ja ☐ nein
Pflegebegründende Diagnosen:
Warum wird personelle Hilfe benötigt:

I Soziale Aspekte	☐ Alleinstehend	☐ Betreuung durch Angehörige	☐ Gesetzlicher Betreuer
Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):			
Kontakt DemenzNetz: ☐ nein ☐ ja ☐ LOGBUCH		Kontakt PalliativNetz: ☐ nein ☐ ja	
Beratung durch	☐ Sozialdienst	☐ Pflegeüberleitung	☐ Familiäre Pflege
Pflegeversicherung	☐ nein	☐ beantragt	☐ bewilligt, Pflegegrad: ☐ nicht bekannt
Hilfsmittel	☐ vorhanden	☐ beantragt	☐ empfohlen ☐ nicht bekannt
Welche:			
Sonstiges (z.B. Essen auf Rädern, Hausnotruf):			

II Körperbezogene Pflegemaßnahmen					
	selbständig	geringe punktuelle Hilfe	überwiegende personelle Hilfe	unselbständig	Bemerkungen
Waschen vorderer Oberkörper	☐	☐	☐	☐	☐ Bett ☐ Bad ☐ Waschecke
Waschen Intimbereich	☐	☐	☐	☐	☐ Rasur
Duschen und Baden	☐	☐	☐	☐	☐ Zahnprothese
Mundpflege	☐	☐	☐	☐	Pflegemittel:
An- und Auskleiden Unterkörper	☐	☐	☐	☐	Hautauffälligkeiten:
An- und Auskleiden Oberkörper	☐	☐	☐	☐	

III Ernährung					
Kostform:		Dysphagiekost:		Name der Sondenkost:	
Tägl. Menge:					
	selbständig	geringe punktuelle Hilfe	überwiegende personelle Hilfe	unselbständig	Wasser: ml
Essen	☐	☐	☐	☐	Sondentyp:
Trinken	☐	☐	☐	☐	Sonde gelegt am:
Tägl. Trinkmenge (Soll): ml		Verabreichung per:		☐ Ernährungspumpe	
				☐ Spritze ☐ Schwerkraft	
Schluckstörung: ☐ nein ☐ ja		Essensbegleitung: ☐ nein ☐ ja			

IV Ausscheidungen					
	selbständig	geringe punktuelle Hilfe	überwiegende personelle Hilfe	unselbständig	Bemerkungen
Benutzen der Toilette (Gang zur Toilette, Intimhygiene)	☐	☐	☐	☐	Inkontinenzprodukte/Art: Größe:
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz	☐	☐	☐	☐	☐ Blasenkatheter ☐ Cystofix CH: gelegt/gewechselt am:
Bewältigen der Folgen einer Stuhl-inkontinenz	☐	☐	☐	☐	☐ AP/Stoma Stuhlgang abgeführt am: ☐ neigt zu Durchfall ☐ zu Verstopfung
Flüssigkeitsbilanzierung: ☐ nein ☐ ja		☐ Gewichtskontrolle			

V

Bewegung / Lagerung / Mobilität					
	selbständig	geringe punktuelle Hilfe	überwiegende personelle Hilfe	unselbständig	Gebrauch von:
Positionswechsel im Bett (beim Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	☐	☐	☐	☐	☐ Gehhilfen ☐ Rollstuhl
Fortbewegen in der Ebene	☐	☐	☐	☐	Wegstrecke ca.:
Umsetzen/Transfers	☐	☐	☐	☐	Art:
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	☐	☐	☐	☐	Dauer
Bettlägerig ☐ ja Lagerungsart: Häufigkeit: Hilfsmittel:					

VI

Schlaf
☐ Schlafstörungen ☐ nächtliche Unruhezustände
☐ Hilfsmaßnahmen (z.B. Rituale, Einschlafseite):

VII

Kommunikation				
Einschränkungen	☐ Sprechen	☐ Hören	☐ Sehen	Bemerkungen:
	Muttersprache:	☐ Hörgerät	☐ Brille ☐ Lesebrille	Hilfsmittel:
☐ rechts ☐ links ☐ Kontaktlinsen				

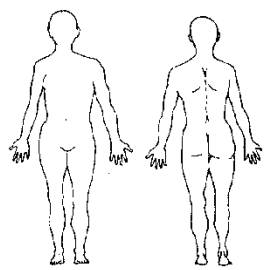
VIII

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
	vorhanden / unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Kognitive u. kommunikative Fähigkeiten	☐	☐	☐	☐
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)	☐	☐	☐	☐
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	☐	☐	☐	☐
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	☐	☐	☐	☐
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)	☐	☐	☐	☐
Hinlauff Tendenzen	☐	☐	☐	☐
Unruhezustände/Abwehrhaltung/Ängste	☐	☐	☐	☐
Wenn ja, wie häufig: ☐ täglich ☐ gelegentlich ☐ selten				

IX

Medikation lt. Anordnung des Arztes / der Ärztin			
O2-Gabe:	☐ nein ☐ ja	Insulin:	☐ nein ☐ ja
Tragbares Sauerstoffgerät:	☐ nein ☐ ja	Verabreichung per:	☐ Pen ☐ Insulinpumpe
Bedarfsmedikation:		Injektion:	☐ selbständig ☐ Angehörige
Medikamentenallergie:		Wie oft täglich:	☐ Anleitung ☐ Übernahme
Antikoagulantien:	☐ nein ☐ ja	Blutzuckerkontrolle (H ^a ufigkeit):	
Medikation: personelle Hilfe erforderlich	☐ nein ☐ ja	Wie oft täglich:	
☐ Bereitstellen der Tagesration	☐ Überwachung der Einnahme		
Letzte Medikation: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ Zeitpunkt:			

X

Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen	
Dekubitus ☐ nein ☐ ja (Lokalisation s. Grafik)	
Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): ☐ Wundüberleitungsbogen	
Lokalisation:	
Versorgung: ☐ selbständig ☐ mit Hilfe Letzter VW am:	
Tracheostoma ☐ ja Letzter Kanülenwechsel:	
Allergien:	
☐ Herzschrittmacher Nächste Kontrolle:	
Sonstiges:	

XI

Bisherige Therapie / Sonstiges			
☐ Krankengymnastik	☐ Ergotherapie	☐ Logopädie	
Rehabilitation	☐ nein	☐ beantragt	☐ bewilligt, Antritt am:

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung!

Telefon _____

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift