

Entlassende Klinik / Verlegender Pflegedienst  
Ansprechpartner  
Adresse  
Telefon / Fax / E-mail

# Patienten- Überleitungsbogen



Name
Geburtsdatum
Adresse
Krankenkasse

- Pflegeeinstufung SGB IV:  nein
- beantragt, am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_
- ja:  Stufe I     Stufe II     Stufe III

## **Angehörige**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/Mobil \_\_\_\_\_

## **Betreuer**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/Mobil \_\_\_\_\_

## **Pflegedienst / -heim / Wohngruppe**

Name / Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/Mobil \_\_\_\_\_

## **Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

## **Krankenversicherung**

Name / Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/I \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

## **Sonstige Leistungsträger**

Name / Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

## **Medizin-Technischer Lieferant Beatmungstherapie**

Name / Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/Mobil \_\_\_\_\_

## **Weiterer Medizin-Technischer Lieferant**

Name / Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/Mobil \_\_\_\_\_

# Status des Patienten / der Patientin

## Psyche

- Bewusstsein:  klar  wechselhaft  somnolent  komatös  
Gedächtnis:  altersentsprechend  gestört  wechselhaft  
Orientierung zeitlich:  unauffällig  zeitweise gestört  immer / meist gestört  
Orientierung örtlich:  unauffällig  zeitweise gestört  immer / meist gestört  
Orientierung Person:  unauffällig  zeitweise gestört  immer / meist gestört  
Antrieb:  unauffällig  verlangsamt  teilnahmslos  
Stimmung:  ausgeglichen  ängstlich  depressiv  
Unruhe:  nur nächtlich  durchgängig  
Verhalten:  unauffällig  distanzlos  wehrig  
Wahrnehmung:  ungestört  Halluzinationen  Verkennung

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Kommunikation

- problemlos verbal  eingeschränkt verbal  nicht möglich  
 motorische Aphasie  sensorische Aphasie  
 nonverbal  Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Mobilität

- uneingeschränkt  bis Bettkante  bis Sitzen  in den Rollstuhl  
 stehfähig selbständig  stehfähig mit Hilfe  
 gehfähig selbständig  gehfähig mit Hilfe

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Multiresistente bakterielle Keime nein

- MRSA  VRE  ESBL  Pseudomonas  Clost. Difficile  
Lokalisation: \_\_\_\_\_

## Ernährung

- oral selbständig  oral mit Aufbereitung  oral unselbständig  
 PEG  PEJ  Magensonde Ch \_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_ Menge/Tag: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

## Ausscheidung

**Harn:**  kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent

- Vorlagenversorgung  Windelversorgung
- transurethraler DK: Art \_\_\_\_\_, Ch \_\_\_\_\_, letzter Wechsel: \_\_\_\_\_
- suprapubischer DK: Art \_\_\_\_\_, Ch \_\_\_\_\_, letzter Wechsel: \_\_\_\_\_
- Urostoma:  rechts  links letzter Wechsel: \_\_\_\_\_
- Dialyse: Intervall \_\_\_\_\_  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa

**Stuhl:**  kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent

Diarrhoe  Obstipation Maßnahmen: \_\_\_\_\_

- Vorlagenversorgung  Windelversorgung  Anus Praeter

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

## Hautverhältnisse

- physiologisch  trocken  schweißig
- Neurodermitis  Schuppenflechte  Pilzbefall
- Lokalisationen: \_\_\_\_\_

Decubitus

Lokalisation: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_

## Sonstiges

---

Allergien: \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher:  ja  nein

---





## Sauerstoffbedarf nein

---

- ja       bei Spontanatmung in Ruhe: \_\_\_\_\_ l/min  
 unter Belastung: \_\_\_\_\_ l/min  
 unter Beatmung: \_\_\_\_\_ l/min

Sauerstoffquelle stationär :       Konzentrator       Flüssigsauerstoff

Sauerstoffquelle mobil:       mobiles Flaschensystem       mit Sparventil  
 Flüssigsauerstoffeinheit

Bemerkung: \_\_\_\_\_

## Sekretmanagement

Trachealsekret:       wenig       mäßig       reichlich  
 normal       zäh       flüssig

Inhalation:       Gerät/Hersteller: \_\_\_\_\_

physiologische Kochsalzlösung       Emser-Sole

Sultanol/Atrovent       sonst. Medikamente: \_\_\_\_\_

Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x täglich

Absauggerät:       nein       netzabhängig       netzunabhängig

Hersteller/Typ: \_\_\_\_\_

Abhusten:       selbständig       Atemtherapie mit: \_\_\_\_\_

maschinelle Unterstützung: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Weitere Hilfsmittel (Empfehlung):**

---

**Nächste stationäre Beatmungskontrolle:** \_\_\_\_\_

**Im Klinikum / Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

---