

☐ Frau
 ☐ Herr

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

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

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

Adressaufkleber

☐ vorläufig ☐ endgültig

Überleitung am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

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

## 1 Soziale Aspekte

☐ alleinstehend ☐ minderjährig ☐ Gesetzlicher Betreuer ☐ Vermögensverwaltung ☐ Gesundheitsvorsorge ☐ Aufenthaltsbestimmung

Betreuer/Erziehungsberechtigter:

Hauptbezugsperson:

## 2 Wertsachen/Dokumente

☐ Hausschlüssel ☐ Geldbörse ☐ Kreditkarte ☐ richterlicher Beschluss  
☐ Versichertenkarte ☐ Organspendeausweis ☐ Uhr ☐ Patientenverfügung

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

Pflegebereitschaft der Bezugsperson: ☐ ja ☐ nein

Bisherige Versorgung: ☐ selbständig ☐ Bezugsperson ☐ amb. Pflegedienst ☐ Pflegeheim

Einstufung Pflegeversicherung: ☐ nein ☐ beantragt am \_\_\_\_\_  
☐ ja bewilligter Grad: \_\_\_\_\_

## 3 Grundpflege

	selbstständig	mit Anleitung	teilw. Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad/Dusche	Waschbecken
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An/Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hautbeschaffenheit: ☐ intakt ☐ trocken ☐ fettig ☐ Juckreiz

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

Pflegemittel: \_\_\_\_\_

## 4 Mobilität

	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe
Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen im Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Beweglichkeit im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: ☐ Unterarmgehstütze ☐ Gehstock ☐ Rollstuhl  
☐ Toilettensstuhl ☐ Rollator

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

Bettlägerig: ☐ ja ☐ nein

Lagerungsart: \_\_\_\_\_

# Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

## 5 Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung: ☐ ja ☐ nein ☐ Gewichtskontrolle

Hilfsmittel: ☐ nein ☐ Urinflasche ☐ Steckbecken ☐ Toilettensstuhl

Stuhlgang: ☐ neigt zu Verstopfung ☐ normal  
☐ neigt zu Durchfällen ☐ digitale Ausräumung

Stuhlinkontinenz: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

Harninkontinenz: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

Versorgungssystem: ☐ selbständig ☐ mit Hilfe  
☐ transur. Blasenkatheter ☐ suprapub. Harnblasenkatheter ☐ CH  
☐ Anus praeter ☐ Einmalinkontinenzartikel

Gelegt/gewechselt am: \_\_\_\_\_

bisher versorgt mit: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

## 6 Prophylaxen

☐ Kontraktur ☐ Dekubitus ☐ Soor/Parotitis ☐ Thrombose  
☐ Pneumonie ☐ Intertrigo ☐ Sturz ☐ Obstipation

## 7 Dekubitus

☐ nein ☐ ja (Lokalisation, Größe+Grad siehe Grafik)

Risiko gemäß: \_\_\_\_\_ ☐ ja ☐ nein

## 8 Schlaf

☐ ungestört ☐ Schlafstörungen ☐ nächtliche Unruhezustände

Schlafphase: ☐ links ☐ rechts ☐ Bauch ☐ Rücken

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Geb.-Datum</b>	

**9 Ernährung**

☐ selbständig     ☐ braucht Anregung     ☐ braucht Hilfe  
☐ Schluckstörung     ☐ mundgerechte Zubereitung     ☐ vollständige Hilfe

Letzte Mahlzeit:

Sondenkost:     ☐ ja     ☐ nein

Sondentyp:  Sonde gelegt am:

Verabreichung per:     ☐ Ernährungspumpe     ☐ Schwerkraft     ☐ Spritze

Sondenkost/24h   ml      Tee:   ml  

kcal/24h      Gewicht      Größe  

Orale Ernährung zusätzlich:     ☐ ja     ☐ nein

tägliche BE:      tägliche Trinkmenge   ml      BMI:  

☐ Parenterale Ernährung     ☐ Nahrungskarenz  
☐ Trinkverhalten selbständig     ☐ Anhalten zum Trinken

**10 Spezielle Aspekte**

MRE:     ☐ nein     ☐ ja/Anlage     ☐ nicht untersucht

Palliativpflege:     ☐ nein     ☐ ja

Allergien:     ☐ nein     ☐ ja     Allergiepaß vorhanden ☐

Art:

Pilzinfektion:     ☐ nein     ☐ ja, (Lokalisation siehe Grafik)

Wunden:  
z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris     ☐ nein     ☐ ja, (Lokalisation siehe Grafik)

Wundschmerz:     ☐ nein     ☐ ja

Herzschrittmacher     ☐ nein     ☐ ja     Letzte Kontrolle am:

**11 Bewusstseinslage**

☐ wach/ansprechbar     ☐ soporös     ☐ komatös     ☐ somnolent

Kommunikation	ohne Einschränkung	mit Einschränkung	zeitweise eingeschränkt	Orientierung/ Psyche	ja	nein	zeitweise
Sprache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zeitlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprachverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Persönlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehör	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Örtlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Situativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schrift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weglauftendenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12 Atmung**

☐ unauffällig     ☐ kardialer Stau     ☐ Schmerzen  
☐ Husten     ☐ Verschleimung     ☐ Auswurf  
☐ Rauchen     ☐ Asthma     ☐

☐ Tracheostoma     ☐ Silberkanüle     ☐ Silikonkanüle  
☐ Absaugen     Kanülengröße:

Kanülenart:

**13 Spezielle Überwachung**

☐ Blutdruck     ☐ Port     ☐ Einfuhr  
☐ Atmung     ☐ Puls     ☐ Ausfuhr  
☐ Schmerz     ☐ Temperatur     ☐ Gewicht

**14 Therapien**

☐ Physiotherapie     ☐ Ergotherapie     ☐ Logopädie

**15 Schulung**

Art der Anleitung:

Wer wurde geschult:

**16 Medikamente**

**Einnahme:**     ☐ selbständig     ☐ Bereitstellen der Tagesration     ☐ Überwachung der Einnahme     letzte Medikation:   
**Injektion:**     ☐ selbständig     ☐ mit Anleitung     ☐ vollständige Übernahme     Marcumapass     ☐ nein     ☐ ja  
 Insulinverabreichung per:     ☐ Pen     ☐ Spritze     ☐ Insulinpumpe  
 Blutzuckerkontrollen :     ☐ morgens     ☐ mittags     ☐ abends     Häufigkeit:     ☐ x täglich     ☐ x wöchentlich

**17 Mitgegebene Unterlagen**     ☐ Labor     ☐ Vorberichte     ☐ Bilder     ☐ Arztbrief     ☐ Medi-Plan     ☐ Sonstiges (z.B. Anlage MRE) \_\_\_\_\_  
☐ Der Überleitungsbogen wurde der Patientin / dem Patienten mitgegeben. Patientin / Patient übergibt die Unterlagen persönlich.

**18 Bisherige Versorgung/Bemerkung/Besonderheiten:**     Integrierte Versorgung

**19 Lokalisation / Grad / Größe / Materialempfehlung:**

Telefon-Nummer

Datum

Name/Unterschrift der Pflegefachkraft

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Adresse der weiterbehandelnden Praxis / Einrichtung</b>		

# Medizinischer Kurzbericht

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Ausführlicher Bericht folgt: ☐ ja ☐ nein

Behandelnder Arzt /Krankenhaus:

Station:

Name:

Telefon, Fax:

Krankenhausaufenthalt von:

bis:

Aufnahmegrund:

## Diagnosen mit ICD-10

### Medikation Aufnahme

Medikament	Termin und Dosierung	Änderung JA / NEIN	Medikation Entlassung	nach Abgleich mit Aufnahmemedikation			
			Medikamente / Wirkstoffe Veränderungen erfolgt	morgens	mittags	abends	nachts

### Befunde

☐ EKG
 ☐ Röntgen
 ☐ Labor
 ☐ Sono
 ☐ Echo
 ☐ Doppler
 ☐ CT
 ☐ MRT
 ☐ Endoskopie
 ☐ OP
 ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

### Mitgegebene Unterlagen

☐ Labor
 ☐ Vorberichte
 ☐ Bilder
 ☐ Arztbrief
 ☐ Medi-Plan
 ☐ 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 an ☐ Pflegeeinrichtung ☐ Bezugsperson ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

zur Durchführung der erforderlichen Behandlung ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Datum \_\_\_\_\_

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