Angaben aus den Grunddaten, Daten der Einrichtung sowie Verwaltung → Krankenkasse

Aktuelles Datum und Uhrzeit

Verwaltung → gesetzliche[r] Betreuer[in], alleinstehend aus Verwaltung → Persönliches, minderjährig ↔ Alter unter 18 Jahren

Soziales → Hauptbezugspersonen

Körperpflege → Körperpflege, Körperpflege → Mundpflege

Hautzustand/Wunden → Hautbeschaffenheit

Körperpflege → Körperpflege „Sonstiges“ enthält den Bemerkungstext aus OPDE

Bewegen/Mobilität → Mobilität Auch die Hilfsmittel. Bis auf den Toilettenstuhl, der wir unter Ausscheidungen → Inko-Hilfsmittel eingetragen

Diese Eintragungen stammen aus der Pflegeplanung nicht aus den Bewohner-Informationen. Hier stehen alle geplanten Interventionen, die intern als Dekubitus-Prophylaxe gekennzeichnet sind. Dazu gehören u.A: die Lagerungen im Bett. Einfach planen, der Rest geht automatisch.

Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

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

Bevollmächtigter: Name | Vorname | Telefon | Straße | PLZ | Ort

Hauptbezugsperson: Name | Vorname | Telefon | Straße | PLZ | Ort

2 Wertsachen/Dokumente

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

Sonstiges:

3 Grundpflege

	selbständig	mit Anleitung	teilw. Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad/Dusche	Waschbecken
Körperpflege	○	○	○	○	☐	☐	☐
Mundpflege	○	○	○	○	☐	☐	☐
Zahnprothese	○	○	○	○	☐	☐	☐
Rasieren	○	○	○	○	☐	☐	☐
Kämmen	○	○	○	○	☐	☐	☐
An-/Auskleiden	○	○	○	○	☐	☐	☐

Hautbeschaffenheit: intakt / trocken / fettig / Juckreiz

Sonstiges:

Pflegemittel:

4 Mobilität

	selbständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe
Aufstehen	○	○	○	○	☐
Gehen	○	○	○	○	☐
Transfer	○	○	○	○	☐
Toilettengang	○	○	○	○	☐
Sitzen im Stuhl	○	○	○	○	☐
Beweglichkeit im Bett	○	○	○	○	☐

Bemerkung

Hilfsmittel: Unterarmgehstütze / Gehstock / Rollstuhl / Toilettenstuhl / Rollator

Sonstiges:

Bettlägerig: ja / nein

Stand: 29.10.2012

Pflegebereitschaft der Bezugsperson: ja / nein

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

Einstufung Pflegeversicherung: nein / beantragt am / ja bewilligte Stufe:

5 Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung: ja / nein / Gewichtskontrolle

Hilfsmittel: nein / Urinflasche / Steckbecken / Toilettenstuhl

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 / Mobilisation

7 Dekubitus

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

Risiko gemäß: / ja

8 Schlaf

ungestört / Schlafstörungen / nächtliche Unruhezustände

Schlaflage: links / rechts / Bauch / Rücken

Besonderheiten:

Daten der Einrichtung

Kommunikation/Wahrnemung → Kommunikation

Verwaltung → Persönliches

Verwaltung → Pflegekasse

Steht dann auf „ja“, wenn eine Bilanzierung als Überwachung unter „Werte“ eingeschaltet wurde.

Gewichtskontrolle ist dann markiert, wenn es eine Planung oder eine Verordnung gibt mit der Intervention „Gewichtskontrolle“.

Ausscheidungen → Stuhlgang

Ausscheidungen → Harn-Inkontinenz (Tag oder Nacht). Sobald ein Profil nicht auf „Kontinenz“ steht, wird die **Harninkontinenz** auf „ja“ gesetzt.

Stuhlinkontinenz anhand der Eintragungen unter Ausscheidungen → Stuhlinkontinenz

Ausscheidungen → Inko-Hilfsmittel

Werden automatisch gesetzt, sobald es passende Pflegeplanungen zu diesen Themen gibt.

Eintragungen erfolgen passend zur Braden-Skala und evtl. vorhandenen Wund-Dokumentationen.

Schlaf → Schlafeigenschaften

Angaben aus den Grunddaten des Bewohners

Essen/Trinken → Ernährung

Anhand letzter abgehakter BHP oder DFN mit passender Intervention

Essen/Trinken → künstliche Ernährung

Bestimmung anhand ärztlicher Verordnung bzgl. Sondenkost und Flüssigkeitsmengen

Medizinisch/Ärztlich → Ansteckende Infektionen

Vitale Funktionen → Allergien

Medizinisch/Ärztlich → Pilz-Infektionen

Vitale Funktionen → Herzschrittmacher

Medizinisch/Ärztlich → Diabetes
Medizinisch/Ärztlich → Medikamenteneinnahme

Hier werden bis zu 5 Wunden und eine evtl. Pilzinfektion eingetragen. Die Angaben werden aus
Hautzustand/Wunden → Wunder Nr. 1-5
sowie
Medizinisch/Ärztlich → Pilz-Infektionen
übernommen

Orientierung/Psyche → Demenz und Orientierung

Kommunikation/Wahrnemung → Kommunikation

Vitale Funktionen → Atmung

Hängt von entsprechenden ärztlichen Verordnungen ab. Bis auf „Schmerz“, das wird bei einer passenden Pflegeplanung gesetzt.

Weden bei passenden Pflegeplanungen gesetzt.

Je nach dem, welche Formulare zusätzlich nötig waren (Psych oder MRE), werden diese hier als Anhang eingetragen.

Automatische Eintragung anhand des aktuellen Datums und der aktuellen Benutzeranmeldung in OPDE

Name **Vorname**

Geb.-Datum

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

tägliche Menge Sondenkost: ml Tee: ml

tägliche Kalorienzufuhr: kcal

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
Sprache	○	○	○
Sprachverständnis	○	○	○
Gehör	○	○	○
Sehen	○	○	○
Schrift	○	○	○

Orientierung/ Psyche	ja	nein	zeitweise
Zeitlich	○	○	○
Persönlich	○	○	○
Örtlich			
Situativ	○	○	○
Weglauftendenz	○	○	○

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 ☐
☐ 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 Marcumarpass ○ nein ○ ja

Verabreichung per: ○ Pen ○ Spritze ○ Insulinpumpe

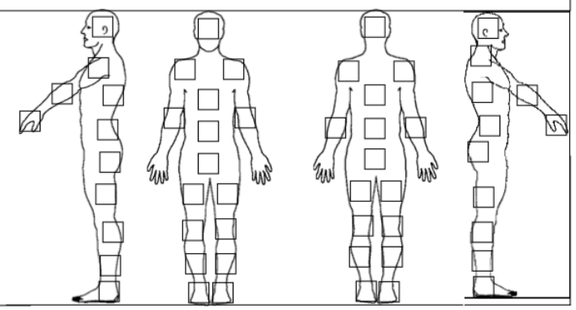
Blutzuckerkontrollen : ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends Häufigkeit: ☐ x täglich ☐ x wöchentlich

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:



Stand: 29.

Telefon-Nummer Datum Name/Unterschrift der Pflegefachkraft

Angaben aus den Grunddaten, Daten der Einrichtung sowie Verwaltung → Krankenkasse

Festgelegter Hausarzt in den Bewohner-Grunddaten

Im Original-Dokument sind das hier 15 Zeilen, das hat aber zu einer sehr kleinen Schriftart geführt. Ausserdem war hier eine strikte Trennung gemäß MO-MI-AB-NA. Damit konnten wir aber nicht richtig arbeiten, daher stehen die Termine der einzelnen Verabreichungen als Fliesstext.

Sind mehr als 8 Verordnungen vorhanden, erstellt OPDE automatisch eine weitere Seite für die restlichen Verordnungen.

Die rechte Seite wird nicht ausgefüllt.

Verwaltung → Pflegekasse

Medizinisch/Ärztlich → Ansteckende Infektionen

Daten der Einrichtung

Medizinisch/Ärztlich → Diagnosen nach ICD 10

Automatische Eintragung anhand des aktuellen Datums und der aktuellen Benutzeranmeldung in OPDE

Krankenkasse bzw. Kostenträger: --

Name, Vorname des Versicherten: Herr Gerhard Hackemöller — geb. am: 22.02.1923

Kassen-Nr.: -- — Versicherten-Nr.: -- — Status:

Betriebsstätten-Nr. — Arzt-Nr. — Datum: 03.07.2013

Adresse der weiterbehandelnden Praxis / Einrichtung
[anonymisiert]

Medizinischer Kurzbericht

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Ausführlicher Bericht folgt: ○ ja ● nein

Behandelnder Arzt /Krankenhaus:
Haus am Park, Siegtalstraße 45, 51570 Windeck-Herchen, Tel.: 02243-842795, Fax.: 02243-911704

Station:

Name:

Telefon, Fax:

Krankenhausaufenthalt von: bis:

Aufnahmegrund:

Seite 3 von 4 // Hackemöller, Ge[illegible] (*16.01.1930), 83 Jahre [KM6] // 03.07.2013 10:59 // Erstellt von: Löhr, Tara // Offene-Pflege.de, v1.10/6145

Diagnosen mit ICD-10
D64.9: Normozytäre Anämie (gesichert); E87.5: Hyperkaliämie (gesichert); I51.9: Kardiale Dekompensation (Nicht festgelegt); I26.9: Lungenembolie (links, Zustand nach); F32.9: Depression (gesichert); N18.9: Chronische Niereninsuffizienz (gesichert); G20.90: Parkinson-Syndrom (gesichert); E11.90: Diabetes mellitus Typ 2 beim Erwachsenen (gesichert); I10.90: Arterielle Hypertonie (gesichert); N30.9: Cystitis - s.a. Zystitis (Zustand nach); I64: Apoplex - s.a. Apoplexie (Zustand nach)

Medikation Aufnahme			Medikation Entlassung nach Abgleich mit Aufnahmemedikation				
Medikament	Termin und Dosierung	Änderung JA / NEIN	Medikamente / Wirkstoffe Veränderungen erfolgt	morgens	mittags	abends	nachts
ASS AL 100mg Tab.	mtgs. 1						
Bisoprolol-CT 5mg Tab.	abnd. 1						
Clonistada 0,15mg Kap.	morg. 1, abnd. 1						
Digimed 0,07 mg Tab.	(morg. 1 => jede Woche {Mon, Die, Mit, Don, Fre, Sam} zuletzt 03.07.13)						
[illegible]o-CT 40 mg Tab.	mtgs. 1						
Furorese comp 20mg/50mg Fil.	morg. 1						
L-Thyrox HEXAL 75µg Tab.	morg. 1						
dopadura 100 mg / 25 mg Tab.	morg. 1, abnd. 1						

4 weitere Verordnung[en] finden Sie auf der folgenden Seite.

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.

03.07.2013
Datum

Name / Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Löhr, Tara
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

03.07.2013
Datum

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

Stand: 29.10.2012

Automatisch erstellte Folge-Seite
für umfangreichere Medikamenten
Verordnungen

Medikamentenplan (Fortsetzung)

Hackemöller, Gerhard (*19.06.1923), 90 Jahre [FM1]

Medikament	Dosierung
Mareen 50 mg Tab.	22h 0.5; morg. 0.5, mtgs. 0.5, abnd. 0.5
Pantoprazol-Actavis 40mg Tab.	(abnd. 1 => alle 2 Tage zuletzt 03.07.13)
Ramipril comp.-CT 5mg/25mg Tab.	morg. 1
Zopiclon - CT 3.75 mg Fil.	22h 1

Angaben aus den Grunddaten, Daten der Einrichtung sowie Verwaltung → Krankenkasse

Daten der Einrichtung

Die Inhalte hier werden aus Orientierung/Psyche → Psychiatrie/Sucht übernommen.
Siehe Bildschirmphoto auf der rechten Seite.

Dieser Freitext wird aus dem Bemerkungstext von Orientierung/Psyche → Psychiatrie/Sucht übernommen.

Automatische Eintragung anhand des aktuellen Datums und der aktuellen Benutzeranmeldung in OPDE

Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Anlage: Psychiatrie/Sucht

○ Frau ○ Herr

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Patienten-Telefon _____

Adressaufkleber

Facharzt

○ eigene Wohnung ○ betreutes Wohnen ○ ohne festen Wohnsitz

Sozialkontakte ○ unterstützend ○ problematisch ○ fehlend

berufstätig ○ ja ○ nein Ehrenamtlich tätig ○ ja ○ nein

Psychosoziale Aspekte	nein	ja	zeitweise
Aggressives Verhalten	○	○	○
Selbstgefährdung	○	○	○
Depression / Manisches Verhalten	○	○	○
Wahn	○	○	○
Halluzinationen / Wahrnehmungsstörungen	○	○	○
Angst	○	○	○
	○	○	○

	nein	ja	zeitweise
Antriebsminderung	○	○	○
Umtriebigkeit (Psychomotorische Unruhe)	○	○	○
Regressives Verhalten	○	○	○
Kotschmieren / Kotessen	○	○	○
Apraxie	○	○	○
Agnosie	○	○	○
	○	○	○

Sucht

Krankhaftes, unwiderstehliches Verlangen nach Suchtmitteln und/oder unkontrollierter Umgang mit Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Drogen

Aktueller Konsum: ○ ja ○ nein

Entzugssymptomatik: ○ ja ○ nein ○ zeitweise

Art: ☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐ Spielsucht

Substitution:

Vergabestelle:

Ansprechpartner:

Empfehlung / Status:

Telefon-Nummer _____ Datum _____ Name/Unterschrift der Fachkraft _____

Anlehnung an: Psychiatrie Verlag gGmbH, Bonn

: 18.04.2008

Allgemeines

Facharzt: >>Keine Auswahl<<

Wohnsituation

○ eigene Wohnung ◉ betreutes Wohnen ○ ohne festen Wohnsitz

Sozialkontakte

◉ unterstützend ○ problematisch ○ fehlend

Tätigkeiten

☐ berufstätig ☐ ehrenamtlich tätig

Psychosoziale Aspekte

Aggressives Verhalten

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Selbstgefährdung

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Depression / Manisches Verhalten

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Wahn

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Halluzinationen / Wahrnehmungsstörungen

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Antriebsminderung

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Umtriebigkeit (Psychomotorische Unruhe)

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Regressives Verhalten

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Kotschmieren / Kotessen

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Apraxie

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Agnosie

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Angst

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Angst wovor:

Sucht

☐ aktueller Konsum

Entzugssymptome

○ ja ◉ nein ○ zeitweise

Art

☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐ Spielsucht

sonstiges:

Substitution:

Vergabestelle:

Ansprechpartner:

Bemerkung

Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Anlage: MRE

☐ Frau ☐ Herr

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Patienten-Telefon _____

Adressaufkleber

Daten der Einrichtung

Angaben aus den Grunddaten, Daten der Einrichtung sowie Verwaltung → Krankenkasse

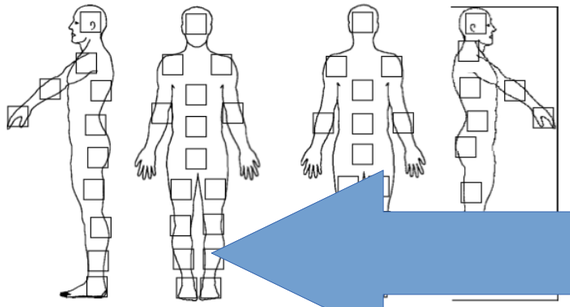
e unten)

☐ Nase ☐ Rachen ☐ Urin ☐ Respirationstrakt

☐ MRSA ☐ Wunde

☐ sonstiges

Datum Erstbefund



Sanierung (bei Besiedlung)

von _____ bis _____

mit _____

Therapie (bei Infektion)

☐ lokal

☐ systemisch

☐ Therapiebeginn lt. ärztl. Verordnung

von _____ bis (wahrsch.) _____

☐ noch **ausstehende Befunde** (zum Zeitpunkt der Verlegung)

vom Datum 1: _____ Lokalisation: _____

vom Datum 2: _____ Lokalisation: _____

vom Datum 2: _____ Lokalisation: _____

☐ noch **abzunehmende Abstriche** (zum Zeitpunkt der Verlegung)

vom Datum 1: _____ Lokalisation: _____

vom Datum 2: _____ Lokalisation: _____

vom Datum 2: _____ Lokalisation: _____

Therapieverlauf: *1. Wirkstoff/Präparat* *2.Dosierung/Applikationsform* *3. Zeitraum/Dauer*

bis: _____

bis: _____

bis: _____

von: _____ bis: _____

Automatische Eintragung anhand des aktuellen Datums und der aktuellen Benutzeranmeldung in OPDE

Weitere Empfehlung / Hinweise | Telefon-Nummer | Datum | Name/Unterschrift der Pflegefachkraft

Stand: 07.02.2013

Alle Angaben, wie (rechts) **Medizinisch/Ärztlich → Ansteckende Infektionen** beschrieben.

☐ MRSA ☐ VRE ☐ ESBL

Andere Infektion: _____ ☐ multi-resistent

Untersuchung

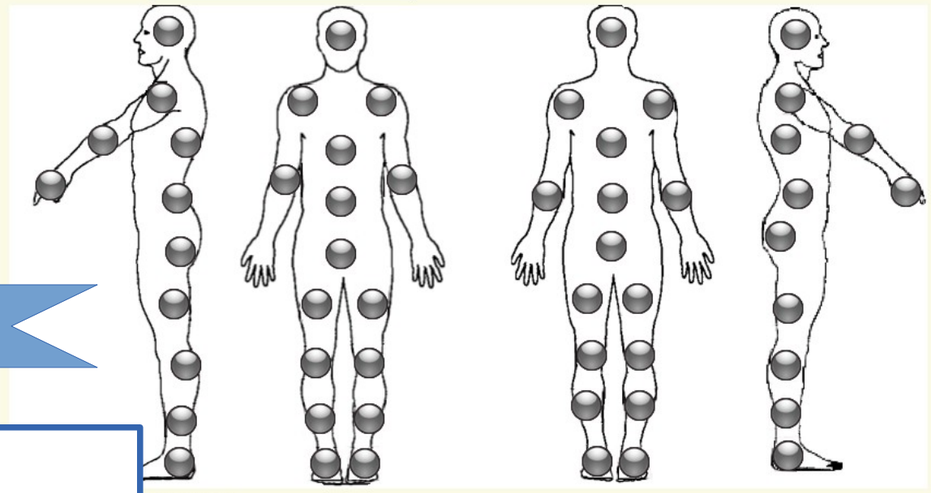
○ gesichert ○ nicht gesichert (Befund steht noch aus) ◉ nicht untersucht

Lokalisation ☐ Nase ☐ Rachen ☐ Urin ☐ Respirationstrakt

Wunde: _____

Sonstiges: _____

Datum Erstbefund: _____



esiedlung)

bis: _____

ektion)

systemisch: _____

Beginn: _____ bis (vorraussichtlich): _____

Verlauf

Wirkstoff: _____

Dosierung: _____

Von: _____ Bis: _____

Wirkstoff: _____

Dosierung: _____

Von: _____ Bis: _____

Wirkstoff: _____

Dosierung: _____

Von: _____ Bis: _____

Wirkstoff: _____

Dosierung: _____

Von: _____ Bis: _____

Bemerkung