

- Pflegeüberleitung
 Antrag zur Heimaufnahme

Name, Vorname
 evtl. Geburtsname
 Familienstand
 Konfession
 Staatsangehörigkeit deutsch
 C/O
 Strasse
 PLZ Wohnort
 Krankenkasse
 Versichertenkarte ja nein

Geburtsdatum
 Patiententestament liegt vor : ja | nein
 Krankensalbung erhalten am :
 Beruf ja nein
 evtl. Arbeitgeber
 Beruf
 Tel.-Nr.:
 Kostenträger
 Personalausweis/Reisepass ja | nein

Sozialanamnese / Versorgung (bisher)	Geplante Versorgung
---	----------------------------

Pflegestufe	PPR
--------------------	------------

Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> eingeleitet	Von Überleitung informiert
Name: <input type="checkbox"/> Personenvorsorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge	Tel: <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Aufenthalt
Angehörige <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betreuungsperson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kommunikation						
Sprache	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> schwere Beeinträchtigung	Hörgerät	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> schwere Beeinträchtigung	Sehhilfe	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
Sehkraft	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> schwere Beeinträchtigung			<input type="checkbox"/> Lesebrille

Orientierung:			Risikofaktoren		
zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> ist frei von ansteckenden Krankheiten
				<input type="checkbox"/> insulinpflichtig	
örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr
persönlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Asthma	
situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> sonstige
				<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Dekubitus

Behandelnde Ärzte	Vitalfunktionen
Fachgebiet: Allgemeinarzt Tel.-Nr. : Name : Fachgebiet: Allgemeinarzt Tel.-Nr. :	Pulsfrequenz : <input type="checkbox"/> Arrhythmie Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein RR: / <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hypotonie Aktuelle Therapien :

Diagnosen : (s. ärztl. Kurzbericht) :

Medikamente : (evtl. Kopie ärztl. Kurzbericht als Anlage) zum Zeitpunkt der Überleitung

Barthel-Index bei Überleitung	
Essen	Toilette
10 Unabhängig, benützt Geschirr / Besteck	10 Unabhängig b. Benutzung v. Toilette / Nachtstuhl
5 Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5 Braucht Hilfe f. z.B. Gleichgewicht, Kleidung an- u. ausziehen,
0 Total hilfsbedürftig	Toilettenpapier
Baden	0 Kann nicht auf Toilette / Nachtstuhl
5 Badet oder duscht ohne Hilfe	Bett / Stuhltransfer
0 Bade oder duscht mit Hilfe	15 Unabhängig (gilt auch f. Rollstuhlfahrer)
Waschen	10 Minimale Assistenz od. Supervision
5 Wäscht Gesicht, putzt Zähne, kämmt / rasiert / schminkt Sich	5 Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe
0 Braucht Hilfe	0 Bettlägerig
Ankleiden	Bewegung
10 Unabhängig (Schuhe anziehen inkl.)	15 Unabhängiges Gehen (auch mit Gehilfe) für mind. 50 m
5 Hilfsbedürftig, kleidet sich teilw. selbst an	10 Mind. 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung
0 Total hilfsbedürftig	5 Für Rollstuhlfahrer: unabhängig mind. 50 m
Stuhlkontrolle	0 Kann sich nicht (mind. 50 m) fortbewegen
10 Kontinent	Treppensteigen
5 Teilweise inkontinent (z.B. nachts)	10 Unabhängig (auch mit Gehilfe)
0 Inkontinent	5 Braucht Hilfe oder Supervision
Urinkontrolle	0 Kann nicht Treppensteigen
10 Kontinent	
5 Teilweise inkontinent (z.B. nachts)	= Summenwert
0 Inkontinent	

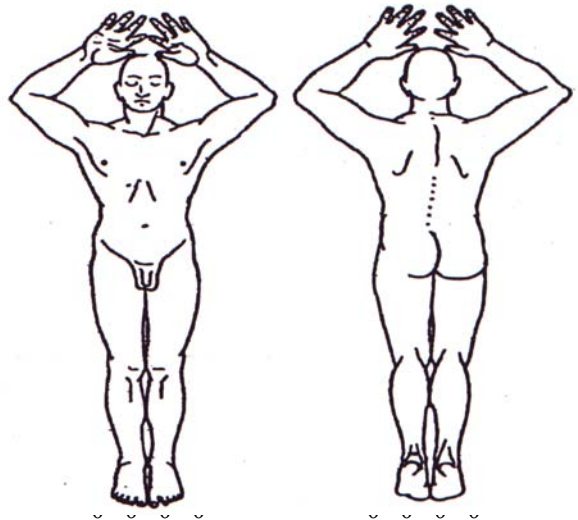
1. Ruhen und Schlafen Schlaf: keine Einschränkung Schlafmittel Lagerung : Fixierung : <input type="checkbox"/> mit Anordnung	2. Mobilität Aufstehen selbständig Hilfsmittel : keine Umlagern selbständig Gehen selbständig Rollator Treppensteigen selbständig Sonstige
Körperpflege Hautzustand : intakt Behandlung/Pflege bisher mit : Waschen selbständig Baden/duschen selbständig An-/auskleiden selbständig Mundpflege selbständig Zahnprothesen keine -pflege selbständig Haarpflege selbständig Rasur selbständig keine	4. Ernährung Ernährungszustand : gut Essen selbständig <input type="checkbox"/> PEG seit <input type="checkbox"/> Kau- u. Schluckstörung Trinken selbständig Kostform Vollkost <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Reduktionskost kcal <input type="checkbox"/> Diabetes BE <input type="checkbox"/> Sondenkost ml/Tag
5. Ausscheidung <input type="checkbox"/> Stuhlgang normal letzter Stuhlgang Abführmittel Stuhlinkontinenz ja Urininkontinenz ja Am Tag selbständig Versorgung mit In der Nacht selbständig Versorgung mit <input type="checkbox"/> DK/Pufi: CH gelegt am : letzter Wechsel am Enterostoma Versorgung mit	6. Sicherheit Selbst-/Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sturzrisiko hoch Schmerzempfinden sehr stark Entscheidungsvermögen : Risiken werden <input type="checkbox"/> eingeschätzt/ bewältigt <input type="checkbox"/> nicht eingeschätzt / bewältigt Probleme : <input type="checkbox"/> herunterspielen <input type="checkbox"/> weinen <input type="checkbox"/> Auseinandersetzung <input type="checkbox"/> Unsicherheit
7. Hobby / Interessen <input type="checkbox"/> Liest viel <input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> Musik sonstige Hobby's : <u>Aktuelle Therapien :</u> <input type="checkbox"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Phys. Therapie	8. Einflußfaktoren Lebensbewältigung Leben ist beeinträchtigt durch Verlust der Unabhängigkeit Positive Einflußfaktoren/Erfahrungen : Negative Einflußfaktoren/Erfahrungen:

erstellt am :

 Unterschrift

Anlagen :

telef. Rückfragen bei :



Photodokumentation am: