



Evaluation des Dresdner Überleitungsbogens Juni-September 2013

Dresden, 26. März 2014, Heike Vogelbusch

Projektziel

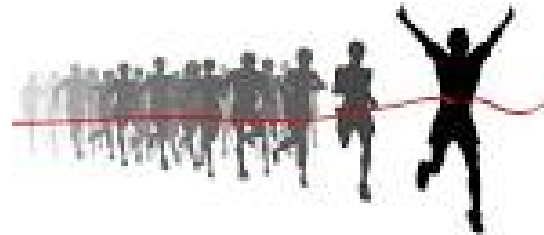


Sicherstellung der Versorgungskontinuität hinsichtlich der Informationsweitergabe während der Überleitung über Sektorengrenzen hinweg

Aufgabenstellung

Analyse des Bogens während der Praxisanwendung hinsichtlich seiner Praktikabilität → Ableiten von Ergebnissen, evtl. Änderungsbedarfen, Handlungsempfehlungen

Wer hat teilgenommen?



Einrichtung	Bereich
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	7 Stationen (Strahlenklinik, HNO, MKG, VTG1-4)
Krankenhaus Dresden Friedrichstadt	2 Stationen (UWC, MK 3)
Krankenhaus St. Joseph-Stift	1 Station (Innere Medizin)
St. Marienkrankenhaus Dresden	1 Station (Psychiatrie)
Krankenhaus Dresden Neustadt	2 Stationen (AG, Psychiatrie)
Rehabilitationsklinik Dresden Löbtau	3 Stationen
Cultus gGmbH	2 Einrichtungen, jeweils 6 Wohnbereiche (davon 2 KZP)
Vitanas Seniorenzentrum	1 Wohnbereich
Volkssolidarität Dresden	1 Bereich (KZP)
Ökumenische Seniorenhilfe Dresden	ambulanter Bereich

Dresdner Überleitungsbogen

PflegeNetz

Dresden.
Duisenberg

Absender _____ Empfänger _____
Telefon für Rückfragen _____

Personalien

Name _____ Vorname _____ Geb. _____ Geschlecht m ☐ w ☐
Nationalität _____ Adresse _____
lebt allein ☐ mit Angehörigen ☐ Etage/ Lift _____
Schlüssel hat _____ Telefon _____
in stat. Pflegeeinrichtung _____ in anderer Einrichtung _____
Betreuer amb. Pflegedienst _____
Betreuungsvollmacht ☐ eingeholt am _____ Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung ☐
Pflegeeinstufung nein ☐ beantragt am _____ ja ☐ Stufe _____

Angehörige ☐ Kontaktperson ☐ Name _____ ist benachrichtigt ☐
Adresse, wenn abweichend _____ Telefon _____
Gesetzlicher Betreuer gleiche Person ☐ wenn nicht, Name _____
Vorsorgebevollmächtigter gleiche Person ☐ wenn nicht, Name _____
Pflegende Person gleiche Person ☐ wenn nicht, Name _____

Hausarzt ☐ Facharzt ☐ Eingebundene Versorger (Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.)
Name _____
Adresse _____ Telefon _____ Rehabilitation beantragt ☐

Patienteneigentum _____ Wundversorgung _____
→ ☐ angefügtes Protokoll → ☐ Zusatzbogen Wundversorgung ☐ Verbandsmaterial für 3 Tage mitgeben

Umgang mit Medikamenten

Unterstützung erforderlich bei Ställen ☐ Einnehmen ☐ Applikation ☐
Besonderheiten _____ Letzte Einnahme _____
Medikamente für _____ Tage mitgeben ☐ Medikamentenplan im Arztbrief ☐

	selbständig	Unterstützungsbedarf	unselbständig
		Hilfsmittel	persönlich
Körperpflege			
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität			
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung			
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

immobil tiw. ☐ vollständig ☐
ZVK ☐ Port ☐
letzter VW _____
Diabetes ☐
Insulinpflichtig nein ☐ ja ☐
letzte Insulingabe _____
Koststern _____
Magensonde ☐ PEG-Sonde ☐
letzter VW _____
Schluckstörung ☐
Letzte Mahlzeit _____

Dresdner Überleitungsbogen ► Seite 2 ► PflegeNetz Dresden

Inkontinenz Blase ☐ Darm ☐ Blasenkatheter ☐ suprapub. Katheter ☐ Anus praeter ☐
letzter Stuhlgang _____ Letzter Wechsel _____ Letzter Wechsel _____

Kommunikation

Nicht beeinträchtigt ☐ Sprachstörung ☐ Hörstörung ☐ Sehstörung ☐ Sonstiges _____
Bewusstsein nicht beeinträchtigt ☐ komaös ☐ stuporös ☐ somnolent ☐
eingeschränkte Orientierung zeitlich ☐ örtlich ☐ zur Person ☐ situativ ☐

Demenz/kognitive Beeinträchtigung nein ☐ ja ☐ → Zusatzbogen Demenz /kognitive Beeinträchtigung ☐

Hilfsmittel	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vorhanden	beantragt	mitgegeben
Brille/ Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät m <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O ₂ -Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen/ Empfehlungen _____

Infektionen nein ☐ Verdacht ☐ ja ☐ welche _____ → Zusatzbogen Multiresistente Erreger ☐

Bemerkungen _____
Allergien nein/nicht bekannt ☐ ja ☐ welche _____
Risiken Sturz ☐ Dekubitus ☐ Kontrakturen ☐
Schmerz ☐ aktueller Skalenwert _____ verwendete Skala _____

Arztbrief mitgegeben ☐

Sonstige Mitteilungen _____

Datum _____ Unterschrift der Pflegefachkraft _____

Der Dresdner Überleitungsbogen wurde im Rahmen des PflegeNetz Dresden entwickelt und orientiert sich an den Ergebnissen der QualitätsAG Vernetzung der Stadt Offenbach zur Überleitung (2005). Version 1 April 2013.

Was wurde untersucht?

■ Untersuchung mittels drei Analyseebenen

❖ Optische Auswertung



❖ Leitfadeninterviews für die Absenderbefragung



❖ Fragebogen für die Empfängerbefragung



Optische Auswertung



- Totalerhebung
- Kodierung der Fragebögen mit einer Buchstaben-Zahlen Kombination:
 - z.B. SP_03_WB2-008
- Insgesamt wurden 512 Dresdner Überleitungsbögen ausgewertet
- 291 Bögen: Krankenhaus , somatischer Bereich
- 63 Bögen: Krankenhaus, psychiatrischer Bereich
- 84 Bögen: Rehaklinik
- 74 Bögen: stationäre und ambulante Pflege

Leitfadeninterviews



- Stichprobenartige Absenderbefragung mittels einem standardisierten Interview
- Von den insgesamt 20 geführten Interviews wurden 11 mit Leitungskräften geführt. Weitere 6 Interviews wurden mit Pflegekräften der Teststation gehalten und 3 mit einer Leitungskraft und einer Pflegekraft.

- Haben Sie **Informationen** zur Entstehung des Dresdner Überleitungsbogens und zur Zielstellung erhalten?
- Wurden Sie zur Anwendung geschult?
- Wie gut ist die **Struktur** nachvollziehbar?
- Was fehlt Ihrer Meinung nach inhaltlich in der Rubrik Personalien?
- Was sollte, Ihrer Meinung nach, inhaltlich bei den Arztangaben ergänzt werden?
- Welche Informationen zum Umgang mit **Medikamenten** haben Ihnen gefehlt?
- Sehen Sie Änderungsbedarf bei den Angaben zu den **ATLs**?
- Welche Informationen haben Sie überwiegend in das Feld "Sonstige Mitteilungen" eingetragen?
- Wie wichtig ist für eine weitere Anwendung eine Übertragung in die **EDV**?
- Verbessert Ihrer Meinung nach der Dresdner Überleitungsbogen die Kommunikation der Einrichtungen bzw. die Überleitungsdokumentation?
- Haben Sie **Verbesserungsvorschläge**/ Anmerkungen?
- Wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Überleitungssituation? Werden die Problemkonstellationen Ihrer Meinung nach durch den Dresdner Überleitungsbogen beeinflusst?



Information zum Bogen:
-13 x Infoveranstaltung
-6x Handout

Struktur:
-gut – sehr gut 84%
-gewöhnungsbedürftig 16%



Platzmangel:
42%

Änderung bei Medikamenten:
47%

Änderungen ATL:
74%

Umsetzung EDV:
79%

Empfängerbefragung



- Bewertung der Informationsqualität aus Sicht der nachsorgenden Einrichtungen
- Stichprobe aus den bis zum 30.08.2013 zu Verfügung gestellten Überleitungsbögen (n=331)
- Insgesamt konnten 96 Empfängereinrichtungen erfasst werden. Nach dem telefonischen Kontakt wurden 84 Fragebögen versendet. Von diesen wurden 32 Bewertungen zurückgesandt, das entspricht einer Rücklaufquote von 38%.

Fragebogen Empfänger



Dresdner Überleitungsbogen

Abender: _____ Empfänger: _____
Telefon für Rückfragen: _____

Personalien

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Geschlecht: ☐ m. ☐ w.

Empfängerbefragung

-Analyse zur praktischen Anwendung des Dresdner Überleitungsbogens 06/2013-09/2013-

1.) Haben Sie zuvor von dem Projekt des PflegeNetz Dresden zum einheitlichen Überleitungsbogen der Landeshauptstadt gehört?

- ☐ Ja
☐ Nein

2.) Wurden Sie vorab über die Überleitung in Ihre Einrichtung informiert?

- ☐ Ja, telefonisch
- ☐ von einer Pflegefachkraft ☐ von dem Sozialdienst/ Case Management
- ☐ von _____
- ☐ Ja, es wurde ein vorläufiger Überleitungsbogen des Patienten per Fax gesendet
- ☐ Nein, die Überleitung erfolgte ohne vorausgehende Information

Sonstige: _____

3.) Bitte schätzen Sie den Informationsgehalt der erhaltenen Patientendaten ein. Waren Sie damit ...

- ☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ weniger zufrieden
☐ unzufrieden

Wenn sie nicht zufrieden waren, bitte begründen Sie Ihre Einschätzung. Welche Informationen fehlten Ihnen?

4.) Wie hilfreich waren die erhaltenen Informationen durch den Dresdner Überleitungsbogen während der Aufnahme des Patienten?

- ☐ sehr hilfreich ☐ hilfreich ☐ weniger hilfreich
☐ nicht hilfreich

Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:

5.) Wenn der Zusatzbogen Demenz verwendet wurde, sonst bitte weiter mit der Frage 6.)

6.) Sehen Sie Verbesserungsbedarf am Dresdner Überleitungsbogen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welchen?

7.) Könnten Sie sich vorstellen, dass auch Ihre Einrichtung den Dresdner Überleitungsbogen praktisch anwendet?

- ☐ Ja ☐ Ja, nur in EDV Anwendung ☐ Nein ☐ keine Angabe

8.) Bitte bewerten Sie den Dresdner Überleitungsbogen nach Schulnoten:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 „sehr gut“	2 „gut“	3 „befriedigend“	4 „ausreichend“	5 „mangelhaft“	6 „ungenügend“
kein Änderungsbedarf, Bogen kann sofort in der Praxis angewendet werden	Wenig Korrekturbedarf vor Anwendung nötig.	Vor einem Einsatz in der Praxis inhaltliche Änderungsbedarfe.	Viele Änderungspunkte in Inhalt und Struktur.	Ohne Überarbeitung nicht umsetzbar, fehlender Informationsgehalt für Einrichtungsübergreifenden Einsatz	Fehlen von wesentlichem Informationspunkten, ungeeignet für alle Praxisbereiche, Bedarf an speziellem Zusatzbogen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Was Sie uns noch mitteilen möchten:

Information vor Überleitung:
72%

Hilfreich für die Aufnahme:
Sehr hilfreich-25%
Hilfreich-53%
Weniger hilfreich-22%



Informationsgehalt:
Sehr zufrieden-16%
Zufrieden-69%
Weniger zufrieden-12%
Unzufrieden-3%

Änderungsbedarf:
Ja- 41% Nein-35%
k.A.- 24%

Projekt bekannt:
44%

Einsatz in eigener Einrichtung vorstellbar:
Ja-31% Ja mit EDV-Lösung- 13%
Nein-25%
31% unentschlossen

Bewertung

2,0

Anwender

Note 1 (kein Änderungsbedarf)- 10%
Note 2 (wenig Korrekturbedarf)- 45%
Note 3 (inhaltlicher Änderungsbedarf)- 10%
Keine Angabe- 35%



Empfänger

Note 1 (kein Änderungsbedarf)- 13%
Note 2 (wenig Korrekturbedarf)- 53%
Note 3 (inhaltlicher Änderungsbedarf)- 28%
Keine Angabe- 6%

2,16



Änderungsbedarfe

Dokumentenkopf

Dresdner Überleitungsbogen	
Absender	Empfänger
Telefon für Rückfragen	

Dokumentenkopf	häufig fehlende Eintragungen zum <i>Empfänger</i> (im Altenhilfebereich jeder zweite Bogen)	Grafisches Hervorheben, Erweiterung der Platzvorgabe
-----------------------	---	--



Dresdner Überleitungsbogen	
Absender	Empfänger
Telefon für Rückfragen	

Platz für Stempel der Absendereinrichtung

Änderungsbedarfe Personalien

Personalien

Name:..... Vorname:..... Geb. Datum:..... Geschlecht: m ☐ w ☐
 Nationalität:..... Adresse:.....
 lebt allein ☐ mit Angehörigen ☐ Etage/ Lift..... Schlüssel hat Telefon.....
 in stat. Pflegeeinrichtung..... in anderer Einrichtung.....
 Betreuender amb. Pflegedienst
 Betreuungsvollmacht ☐ eingeleitet am Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung ☐
 Pflegeeinstufung nein ☐ beantragt am..... ja ☐ Stufe



Rubrik „Personalien“

Nationalität wurde als unwichtige Information
benannt, zeigte sich ebenfalls während der
Sichtung der Bögen
bei 22% der Eintragungen keine Angaben zur
bisher versorgenden Einrichtung
Hoher Aufwand für händische Eintragungen

Relevanz der Angabe
Nationalität prüfen
Einrichtungsangabe
spezifizieren
Raum für
Patientenaufkleber



Personalien

Name:..... Platz für Patientenaufkleber Geschlecht: m ☐ w ☐
 Vorname:..... Geb. Datum:.....
 Adresse:.....
 lebt allein ☐ mit Angehörigen ☐ Etage/ Lift.....
 Schlüssel hat Telefon.....
 betreuende Einrichtung.....
 Betreuungsvollmacht ☐ eingeleitet ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung ☐
 Pflegeeinstufung ja ☐ Stufe nein ☐ beantragt ☐

Änderungsbedarfe Kontaktpersonen

Angehörige <input type="checkbox"/>	Kontaktperson <input type="checkbox"/>	ist benachrichtigt	
Name		Adresse, wenn abweichend	Telefon <input type="checkbox"/>
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> gleiche Person <input type="checkbox"/> wenn nicht, Name:.....	Telefon:..... <input type="checkbox"/>	
Vorsorgebevollmächtigter	<input type="checkbox"/> gleiche Person <input type="checkbox"/> wenn nicht, Name:.....	Telefon: <input type="checkbox"/>	
Pflegende Person	<input type="checkbox"/> gleiche Person <input type="checkbox"/> wenn nicht, Name:.....	Telefon:..... <input type="checkbox"/>	

Angaben zu Kontaktpersonen	Angaben zum <i>gesetzlichen Betreuer</i> bzw. <i>Vorsorgebevollmächtigten</i> unübersichtlich	Änderung des strukturellen Aufbaus und der optischen Darstellung
-----------------------------------	---	--



Angehörige <input type="checkbox"/>	Kontaktperson <input type="checkbox"/>	ist benachrichtigt	
Name		Telefon	<input type="checkbox"/>
Adresse, wenn abweichend.....			
auch: Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/> Pflegende Person <input type="checkbox"/>		
wenn nicht, Name:.....		<input type="checkbox"/>	
Adresse:.....		Telefon	

Änderungsbedarfe Arzt/ Nachversorger

Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Name.....ist benachrichtigt <input type="checkbox"/> Adresse.....Telefon.....	Eingebundene Versorger (Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.) ist benachrichtigt <input type="checkbox"/> Rehabilitation beantragt <input type="checkbox"/>
---	---

Angaben zum behandelnden Arzt/ Nachversorgung	Textfeld <i>Rehabilitation</i> zu 2% genutzt Adressangabe wurde als nicht relevant bewertet	Notwendigkeit Textfeld <i>Rehabilitation</i> prüfen Notwendigkeit Adressangabe des Arztes prüfen
--	--	---



Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Name..... Telefon.....	Eingebundene Versorger (Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.) Rehabilitation beantragt <input type="checkbox"/>
--	---

Umgang mit Medikamenten

Unterstützung erforderlich bei: Stellen ☐ Einnehmen ☐ Applikation ☐

Besonderheiten..... Letzte Einnahme.....

Medikamente für ... Tage mitgegeben ☐ Medikamentenplan im Arztbrief

Umgang mit Medikamenten

Abstufungen zum
Unterstützungsbedarf als nicht
nachvollziehbar beschrieben
Altenpflegebereich besitzt keinen
Arztbrief

Änderung *Hilfebedarf Ja/ Nein*
Formulierung „*Medikamentenplan*
anbei“



Umgang mit Medikamenten

Unterstützung erforderlich: Ja ☐ Nein ☐

Besonderheiten.....

Letzte Einnahme.....

Medikamente für Tage mitgegeben ☐

Medikamentenplan anbei ☐

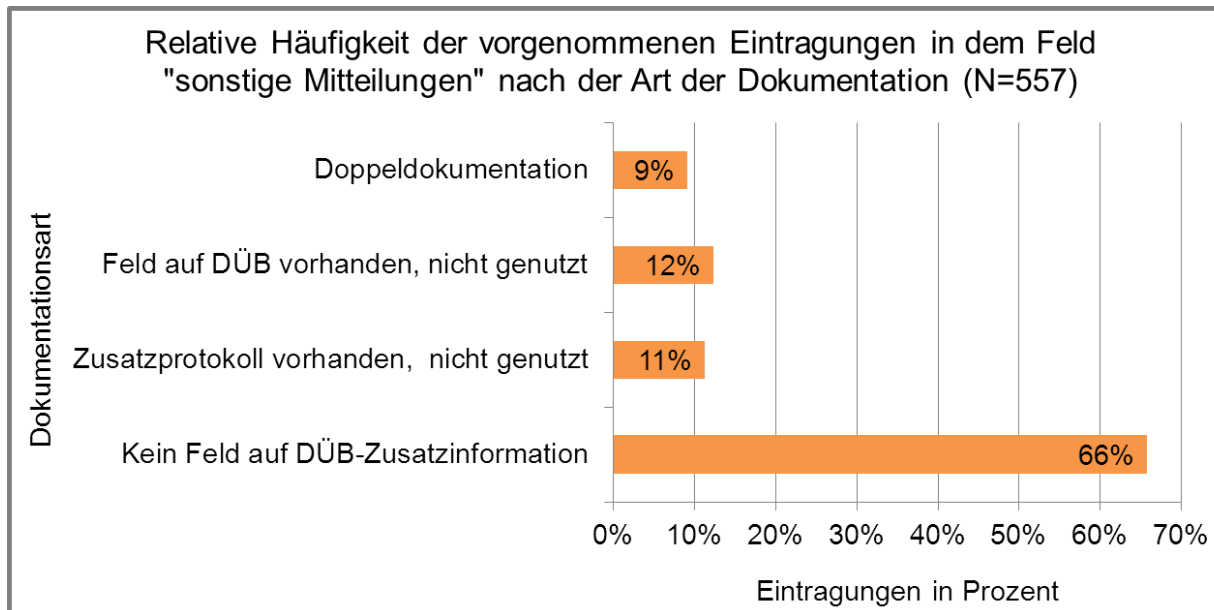
(VO häusliche Pflege: 3 Tage)

	selbständig	Unterstützungsbedarf		unselbständig	
		Hilfsmittel	personell		
Körperpflege					
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilität					immobil tlw. <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZVK <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzter VW.....
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ernährung					Diabetes <input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinpflichtig nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	letzte Insulingabe
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kostform
					Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/>
					letzter VW.....
					Schluckstörung <input type="checkbox"/>
					Letzte Mahlzeit.....



Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz Blase <input type="checkbox"/> Darm <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> suprapub. Katheter <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/>				
letzter Stuhlgang:.....	Letzter Wechsel:	Letzter Wechsel:.....		
Kommunikation				
Nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Hörstörung <input type="checkbox"/> Sehstörung <input type="checkbox"/> Sonstiges:				
Bewusstsein				
nicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> stupurös <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/>				
eingeschränkte Orientierung zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> situativ <input type="checkbox"/>				

AEDLs/ATLs	<i>Sonstige Mitteilungen</i> umfasste in über 40% der Eintragungen Informationen diesbezüglich <i>Mobilität</i> und <i>Diabetes</i> an dieser Stelle unübersichtlich weiterer Bedarf zu Informationen zur <i>Kostform</i> geäußert (Port, PEG, Sondennahrung)	Einfügen von Textfeld für Zusatzangabe bei <i>AEDLs/ATLs</i> Position von <i>Mobilität</i> , <i>Diabetes</i> ändern Informationen zur <i>Kostform</i> ergänzen
-------------------	--	--



Änderungsbedarfe



	selbstständig	Unterstützungsbedarf		unselbstständig	
		Hilfsmittel	personell		Zusatzangaben:
Körperpflege					
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität					
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung					
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz Blase ☐ Darm ☐ Blasenkatheter ☐ suprapub. Katheter ☐ Anus praeter ☐
letzter Stuhlgang..... Letzter Wechsel Letzter Wechsel.....



Mobilität: immobil tlw. Vollständig

Zugänge: ZVK ☐ Port ☐ letzter VW..... Bemerkung:.....

Diabetes ☐ Insulinpflichtig nein ☐ ja ☐ letzte Insulingabe

Ernährung: Kostform Magensonde ☐ PEG-Sonde ☐ letzter VW.....
Schluckstörung ☐ Zusatzangabe..... letzte Mahlzeit.....

Kommunikation
Nicht beeinträchtigt ☐ Sprachstörung ☐ Hörstörung ☐ Sehstörung ☐ Sonstiges.....

Bewusstsein
nicht beeinträchtigt ☐ komatös ☐ stuporös ☐ somnolent ☐
eingeschränkte Orientierung zeitlich ☐ örtlich ☐ zur Person ☐ situativ ☐

Änderungsbedarfe Hilfsmittel

Hilfsmittel ja ☐ nein ☐ vorhanden beantragt mitgegeben

Brille / Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O ₂ -Gerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen/ Empfehlungen:.....



Hilfsmittelangaben	Kreuzfelder zum Vorhandensein von Hilfsmitteln in 36% der Bögen unlogisch Unlogische Eintragungen in der Spalte „mitgegeben“ Zu einigen Hilfsmitteln wurden keine Angaben gemacht	Notwendigkeit der Ja/Nein Angabe prüfen optischer Fokus auf Item „mitgegeben“ Relevanz Sauerstoffgerät prüfen Pflegebett „mitgegeben“ löschen
---------------------------	---	--

Hilfsmittel	vorhanden	mitgegeben	beantragt	Ergänzungen/Empfehlungen zu Hilfsmitteln:
Brille/ Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zahnprothese oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hörgerät re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Hilfsmittel:.....				

Änderungsbedarfe Schmerz

Infektionen nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche → Zusatzbogen Multiresistente Erreger <input type="checkbox"/> Bemerkungen..... Allergien nein/nicht bekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche..... Risiken Sturz <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> aktueller Skalenwert.....verwendete Skala:
--

Angaben zum Risiko Schmerz	84% der Einrichtungen nutzten das Feld nicht aus	Spezifische Mitarbeiterschulung innerhalb der Einrichtungen hinsichtlich Einschätzung und Bewertung
---------------------------------------	--	---





Dresdner Überleitungsbogen

Absender Empfänger
Telefon für Rückfragen

Personalien

Name: Geschlecht: m ☐ w ☐
Vorname: Geb. Datum:
Adresse:

lebt allein ☐ mit Angehörigen ☐ Etage/ Lift.....
Schlüssel hat Telefon.....
betreuende Einrichtung.....
Betreuungsvollmacht ☐ eingeleitet ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung ☐
Pflegeeinstufung ja ☐ Stufe nein ☐ beantragt ☐

Angehörige ☐ Kontaktperson ☐ ist benachrichtigt
Name Telefon ☐
Adresse, wenn abweichend.....
auch: Gesetzlicher Betreuer ☐ Vorsorgebevollmächtigter ☐ Pflegenden Person ☐
wenn nicht, Name: ☐
Adresse: Telefon

Hausarzt ☐ Facharzt ☐ Eingebundene Versorger (Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.)
Name
Telefon Rehabilitation beantragt ☐

Patienteneigentum Wundversorgung
→ angefügtes Protokoll ☐ → Zusatzbogen Wundversorgung ☐ Verbandmaterial für 3 Tage mitgegeben ☐

Umgang mit Medikamenten

Unterstützung erforderlich: Ja ☐ Nein ☐
Besonderheiten..... Letzte Einnahme.....
Medikamente für Tage mitgegeben ☐
(VO häusliche Pflege 3 Tage) Medikamentenplan anbei ☐

	selbständig	Unterstützungsbedarf	unselbständig	
Körperpflege		Hilfsmittel	personell	Zusatzangaben:
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilität				
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ernährung				
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inkontinenz Blase ☐ Darm ☐ Blasenkatheter ☐ suprapub. Katheter ☐ Anus praeter ☐
letzter Stuhlgang..... Letzter Wechsel Letzter Wechsel.....

Mobilität: immobil tlw. vollständig

Zugänge: ZVK ☐ Port ☐ letzter VW..... Bemerkung:.....

Diabetes ☐ Insulinpflichtig nein ☐ ja ☐ letzte Insulingabe

Ernährung: Kostform Magensonde ☐ PEG ☐ PEJ ☐ letzter VW.....

Schluckstörung ☐ Zusatzangabe letzte Mahlzeit

Kommunikation

Nicht beeinträchtigt ☐ Sprachstörung ☐ Hörstörung ☐ Sehstörung ☐ Sonstiges.....

Bewusstsein

nicht beeinträchtigt ☐ komatös ☐ stuporös ☐ somnolent ☐
eingeschränkte Orientierung zeitlich ☐ örtlich ☐ zur Person ☐ situativ ☐

Demenz /kognitive Beeinträchtigung nein ☐ ja ☐ → Zusatzbogen Demenz /kognitive Beeinträchtigung ☐

Hilfsmittel	vorhanden	mitgegeben	beantragt
Brille/ Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnprothese oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörgerät re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hilfsmittel:.....			

Ergänzungen/Empfehlungen zu Hilfsmitteln:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Infektionen nein ☐ Verdacht ☐ ja ☐ welche → Zusatzbogen Multiresistente Erreger ☐

Bemerkungen.....

Allergien nein/nicht bekannt ☐ ja ☐ welche.....

Risiken Sturz ☐ Dekubitus ☐ Kontrakturen ☐

Schmerz ☐ aktueller Skalenwert..... verwendete Skala.....

Arztbrief mitgegeben ☐

Sonstige Mitteilungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum Unterschrift der Pflegefachkraft

Der Dresdner Überleitungsbogen wurde im Rahmen des PflegeNetz Dresden entwickelt und orientiert sich an den Ergebnissen der QualitätsAG Vernetzung der Stadt Offenbach (2005). Version 2: November 2013

➡ Möglichkeit der elektronischen Umsetzung



➡ Möglichkeit, den Bogen auf Wunsch auf Papier zu nutzen-
Verfügbarkeit des Bogens als Druckversion



➡ Verbreitung des Bogens in weiteren Einrichtungen
- Öffentlichkeitsarbeit



➡ Evtl. erneute Evaluation nach längerer Nutzungsphase





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Adresse:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der TU Dresden AöR
Leiterin Case Management
Haus 29, 2.Etage, Zimmer 2.313
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Kontakt:

Heike Vogelbusch
Telefon: 0351 458-2127
Telefax: 0351458-5837
E-Mail: heike.vogelbusch@uniklinikum-dresden.de