

Dresdner Überleitungsbogen

PflegeNetz

Dresden,
Dresden

Absender _____

Empfänger _____

Telefon für Rückfragen _____

Personalien

Name _____ Vorname _____ Geb. _____ Geschlecht m w

Adresse _____

lebt allein mit Angehörigen Etage/ Lift _____

- Aufkleber -

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 Pflegende Person wenn nicht, Name _____

Adresse _____ Telefon _____

Hausarzt

Facharzt

Eingebundene Versorger (Stoma, PEG, Port, SAPV, etc.)

Name _____

Telefon _____

Rehabilitation beantragt

Patienteneigentum

→ angefügtes Protokoll

Wundversorgung

→ **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

Körperpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	Unterstützungsbedarf Hilfsmittel <input type="checkbox"/>	personell <input type="checkbox"/>	unselbständig <input type="checkbox"/>	Zusatzangaben: _____
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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 <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 _____					

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 komatos stuporös somnolent
eingeschränkte Orientierung zeitlich örtlich zur Person situativ

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

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"/>			_____
Sonstige _____				_____

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 _____

Patienten mit Demenz/kognitiver Beeinträchtigung

Absender _____ Empfänger _____

Telefon für Rückfragen _____

Name _____

Ruf- bzw. Kosename _____

Besonderheiten im Umgang mit Medikamenten

Vergesslichkeit

fehlende Einsicht

Einnahme unter Aufsicht

Bemerkungen _____

Freiheitsentziehende Maßnahmen

nein

ja

Richterliche Genehmigung in unserer Einrichtung liegt vor

Bemerkungen _____

Verhaltensformen

antriebsgesteigert

antriebsarm

Unruhe

Hinlaufend

Räumen/Sammeln

kontaktfreudig

kontaktehrend

kooperationsfähig

Kommunikationsbedürfnis

Bemerkungen _____

Reaktion auf fremde Menschen und Situationen

Rückzug

Angst

Eigengefährdung

Aggressivität

freundlich, zugewandt

Fremdgefährdung

Unruhe

fehlende Motivation

wechselhafte Stimmungslagen

sonstiges _____

bewährte Umgangsformen _____

Beschreibung und Lösungsansätze _____

Ablehnendes Verhalten bei Nahrungsaufnahme

Körperpflege

sonstiges _____

bewährte Lösungsansätze Ruhe vermitteln

validierende Gesprächsführung

Handgriffe erläutern

Orientierung geben durch festgelegte Abläufe

sonstiges _____

Biografie

(ehemaliger) Beruf _____

Vorlieben/Abneigungen (prägende Ereignisse, Speisen, Getränke, etc.) _____

Interessen und tagesstrukturierende Beschäftigung

aktive Tätigkeiten (z.B. Spaziergänge, Sport)

kreative Tätigkeiten (z.B. Basteln)

Einzelangebot

Gruppenangebot

intellektuelle Tätigkeiten (z.B. Gedächtnistraining, Lesen)

sonstige Tätigkeiten (z.B. Gartenarbeit, Hauswirtschaft)

Datum _____ Unterschrift der Pflegefachkraft _____