

Dresdner Überleitungsbogen

PflegeNetz

Dresden.
Dresdner

Absender _____

Empfänger _____

Telefon für Rückfragen _____

Personalien

Name _____ Vorname _____ Geb. _____ Geschlecht m w

Adresse _____

lebt allein mit Angehörigen Etage/ Lift _____

Schlüssel hat _____ Telefon _____

Betreuende Einrichtung _____

Betreuungsvollmacht eingeleitet Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Pflegeeinstufung ja Stufe _____ nein beantragt

- Aufkleber -

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

	selbständig	Unterstützungsbedarf		unselbständig	Zusatzangaben:
		Hilfsmittel	personell		
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					
Inkontinenz Blase <input type="checkbox"/> Darm <input type="checkbox"/>		Blaskatheter <input type="checkbox"/>	suprapub. Katheter <input type="checkbox"/>		Anus praeter <input type="checkbox"/>
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 stupurös 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"/>		<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 Hinlauftendenz

Räumen/Sammeln kontaktfreudig kontaktablehnend 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 _____