

Patientenaufkleber

Bekannte Diagnose/n:	
Pflegediagnosen:	
<input type="checkbox"/> Rückruf dringend erforderlich! <input type="checkbox"/> s. Anhang	
Name:	Tel.:

Entlassung/Überleitung am: _____

An: Pflegeheim Ambulanten Pflegedienst Krankenhaus Sonstige Einrichtung: _____

Soziale Aspekte <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Betreuung durch Angehörige <input type="checkbox"/> Patientenverfügung liegt vor; Stand: <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer: <input type="checkbox"/> Name: _____ <input type="checkbox"/> Tel.-Nr. _____	
Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):	Bezugspflegeperson (Name, Telefonnummer):
Behandelnder Arzt:	Pflegebereitschaft der Angehörigen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht in der Lage
Adresse/Tel Nr.:	Einstufung Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> bewilligt, Pflegegrad:

II

Körperpflege / Kleidung:							
	ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	voll. Hilfe	Bett	Bad	Waschbecken
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbeschaffenheit:	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Sonstiges:						
Pflgemittel:							

III

Ausscheidungen	
Flüssigkeitsbilanzierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle
Hilfestellung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Nachtstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken
Stuhlgang	abgeführt am: _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausräumung
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gelegentlich
Stomaversorgung:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollst. Übernahme Versorgungssystem:
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Suprapubischer Harnblasenkatheter CH: _____ gelegt/gewechselt am:
Harn/Stuhlinkontinenz bisher versorgt mit folgendem Hilfsmittel (Art/Größe):	

IV

Bewegung / Lagerung						
	selbständig	mit Anleitung	mit Hilfsmittel	mit pers. Hilfe	mit Hilfsmittel u. pers. Hilfe	Bemerkungen
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beweglichkeit:	<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv					
erforderliche Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl					
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Lagerungsart:				
Lagerungswechsel/Häufigkeit:						

V

Ernährung	
Kostform:	_____
Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung
tägl. empfohlene Trinkmenge:	_____ ml
Trinkverhalten:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken
Letzte Mahlzeit (Uhrzeit):	_____ Uhr:
Sondenkost	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
tägl. Kalorienzufuhr:	_____ kcal
tägl. Menge Sondenkost:	_____ ml Tee: _____ ml
Verabreichung per:	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Schwerkraft
Sondentyp:	_____
Sonde gelegt am:	_____
Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
tägl. Kalorienzufuhr:	_____ kcal
tägliche Menge:	_____ ml

VI

Orientierung / Psyche			
	ja	nein	zeitweise
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:			
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz		Sonstiges: <input type="checkbox"/> s. Anlage	

Name des Patienten:

VII

Bewußtseinslage			
<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> ansprechbar	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> komatös

VIII

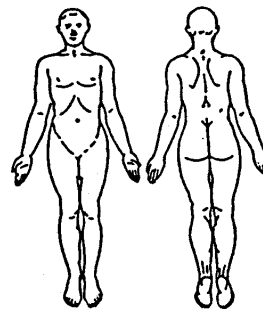
Kommunikation			
	ohne Einschränkungen	Einschränkungen	Bemerkungen
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IX

Schlaf		
<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände
<input type="checkbox"/> Besonderheiten (z.B. Hilfen, Gewohnheiten):		

X

Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen		
Dekubitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation s.Grafik)		Grad/Größe: _____
Gefahr laut Norton- / Braden-Skala: _____		
Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.):		
Versorgung <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe		
Pilzinfektion <input type="checkbox"/> ja, Lokalisation:		
Allergien:	Ansteckende Krankheiten:	Letzte Thorax-Röntgen-Untersuchung:
Bisherige Versorgung:		



XI

Medikation <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral					
Bisherige Medikation:			Dosierung:		
Bedarfsmedikation:					
Besonderheiten der Applikation					
Einnahme: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration		<input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme			
letzte Medikation: <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends		<input type="checkbox"/> Uhrzeit:			
Insulin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Art:					
Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen		<input type="checkbox"/> Insulinpumpe	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	<input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):					

XII

Bisherige Therapie / Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	letzte Kontrolle am: _____
Sonstiges:	

XIII

Hinweis für den Krankentransport: s. Verfahrenshinweise	
<input type="checkbox"/> Schutzklasse 1	<input type="checkbox"/> Schutzklasse 2
<input type="checkbox"/> Schutzklasse 3	<input type="checkbox"/> Schutzklasse 4
<input type="checkbox"/> keine Schutzmaßnahmen erforderlich	

Datum

Name/Unterschrift
der Pflegefachkraft

Telefon-Nr.

Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Daten dem MDK zum Zwecke der Feststellung der Pflegebedürftigkeit/der gewählten Pflegeeinrichtung zur Durchführung der erforderlichen Pflege/dem Krankenhaus zur Durchführung der erforderlichen Krankenhausbehandlung übersandt werden.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters/Vertreterin/ Bevollmächtigten

Anhang für die Pflegeüberleitung von Menschen mit Demenz

Name des Patienten/der Patientin:

Zu II Körperpflege / Kleiden

- Notwendigkeit von Wäschewechsel wird nicht eingesehen
- Selbständige Wahl der Kleidung nicht möglich
- Häufiges Auskleiden aufgrund von Desorientierung
- An-/Auskleiden nur mit Hilfe möglich

Zu III Ausscheidungen

- kann durch Gestik / Mimik Bedürfnis mitteilen
- lehnt Hilfsmittel ab
- findet die Toilette nicht
- beruhigende Gespräche bei der Durchführung der Toilettengänge

Zu IV Bewegung / Lagerung

- Gleichgewichtsstörungen
- Sturzgefahr / Hüftprotektoren
- läuft mit trippelndem Gang
- benutzt Hilfsmittel

Zu V Ernährung (Essen u. Trinken)

- kann nicht alleine essen
- sieht die Notwendigkeit, zu essen, nicht ein
- kann nur passierte Kost zu sich nehmen
- kann nicht alleine trinken
- sieht die Notwendigkeit, zu trinken, nicht ein
- hat Kau- und Schluckstörungen weil:

-
- isst und trinkt unter Anleitung und nach Aufforderung
 - isst sehr langsam
 - gestörtes Essverhalten
 - verweigert die Nahrungsaufnahme

Zu VI Orientierung / Psyche (einschl. Tagesablauf)

- neigt zu akuten Verwirrheitszuständen
- leidet unter zwanghaftem und wahnhaftem Verhalten
- leidet unter motorischen Unruhezuständen
- Angst, Aggressionen, Mißstimmungen
- ungezieltes, ständiges Rufen
- Selbst- und Fremdgefährdung
- zeigt Hinlauff Tendenzen
- schmiert mit Kot
- leidet unter Störungen des Tag- / Nacht-Rythmus
- Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit ist erforderlich
- ist depressiv
- hat ein niedriges Selbstwertgefühl
- fühlt sich überflüssig
- kann den Tagesablauf nicht selbständig gestalten

Zu VIII Kommunikation

- Sprache undeutlich
- Sprache verwaschen
- Wortfindungsstörungen
- spricht mit reduziertem Wortschatz, monotones Singen, Rufen
- spricht erniedrigend, abwertend
- keine sprachliche Verständigung möglich
- konfabuliert (Gedächtnislücken werden mit Worten gefüllt)
- deutliche Mimik und Gestik
- undeutliche Mimik und Gestik
- ist stark verunsichert (Angst / Panik)
- eingeschränktes Konzentrations / Erinnerungsvmögen
- hat Gedankensprünge

Wahrnehmung der Sinne:

- ist schwerhörig
- ist kurzsichtig
- ist weitsichtig
- benutzt Hilfsmittel

Wahrnehmungseinschränkung

- Wärme
- Kälte
- visuell

Ressourcen

- ist einsichtig
- arbeitet aktiv mit
- kann mit Hilfe stehen / gehen
- akzeptiert Unterstützung durch die Pflegekräfte

Sonstige wichtige Informationen

- _____
- _____
- _____
- _____

Vorlieben / Abneigungen

- _____
- _____
- _____
- _____