PFLEGEÜBERLEITUNG- VOM ARZT AUSZUFÜLLEN!

Patient / in:

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Straße _____

Wohnort _____

lebt allein? ja ☐ nein ☐

Angehörige / Betreuer:

Name _____

Telefon _____

Hausarzt _____

Kostenträger:

Krankenkasse _____

genehmigte Stufe der Pflegeversicherung 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Leistung beantragt ja ☐ nein ☐

Frei von ansteckenden Krankheiten ja ☐ nein ☐

TBC Röntgen . Datum _____

Besonderheiten

Herzschrittmacher ☐

Allergie (falls bekannt) ☐

Suchtprobleme ☐

sonstiges : _____

nicht eingeschränkt ☐

eingeschränkt ☐

warum ? _____

Brille / Kontaktlinsen ☐

Hörgerät ☐

Hilfsmittel:

Krankenbett ☐

Nachtstuhl ☐

Wasserbett ☐

Kontinenzartikel ☐

Gehstock / -hilfe ☐

Stützkorsett ☐

Rollstuhl ☐

Sauerstoffgerät ☐

sonstige : _____

Konfession:

r.k. ☐ ev. ☐ sonstige ☐

Medikation / Injektion:

Medikation	morgens	mittags	abends	nachts b. Bed.
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Diagnosen:

Allgemeine Körperpflege und Mobilität

häufig bettlägrig ☐ ständig bettlägrig ☐

	selbständig	mit Hilfe	völlig hilflos
Baden / Duschen	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐
Frisieren / Rasieren	☐	☐	☐
Nagel- / Haar- und Fußpflege	☐	☐	☐
Benutzung der Toilette	☐	☐	☐
Mobilität : Aufstehen	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐
Arzneieinnahme	☐	☐	☐
Motivation und Anleitung bei Verrichtungen des tägl. Leben	☐	☐	☐
sonstiges	☐	☐	☐

Unterschrift des Arztes/der Ärztin Stempel

Hautschäden / Wunden

ja ... ☐ nein ... ☐

wo _____

Größe _____

Aussehen _____

bisherige Versorgung _____

Kontrakturen

ja ☐ nein ☐

wo ? _____

Orientierung

	ja	zeitweise	nein
Tag / Nacht	☐	☐	☐
zur Person	☐	☐	☐
örtlich	☐	☐	☐
zeitlich	☐	☐	☐
situativ	☐	☐	☐

Ernährungsform:

Vollkost ☐ Sondenkost ☐

Schonkost ☐ PEG-Kost ☐

Zuckerdiät ☐ BE : _____

sonstige : _____

Ausscheidung

Stuhlinkontinenz ☐

Harninkontinenz ☐

Künstl. Darmausgang ☐

Blasenkatheter ja ☐ nein ☐

letzter Wechsel : _____

Datum / Unterschrift der Pflegekraft

Telefon für Rückfragen: _____