



**Pflegeüberleitung**

<b>Gast</b>		<b>Kurzzeitpflege notwendig</b>				<b>Überleitung</b>																																																																																											
Name, Vorname		<input type="checkbox"/> Fehlen einer Pflegeperson <input type="checkbox"/> Drohende Überforderung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Gastes <input type="checkbox"/> Sonstiges:				<input type="checkbox"/> Von zu Hause in die KuPf <input type="checkbox"/> Vom Kupf nach Hause <input type="checkbox"/> Von stationär in die KuPf <input type="checkbox"/> Vom KuPf nach stationär																																																																																											
Geb.-Dat.:      Geb.-Name		<b>Medikation / Injektion</b> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Morg</td> <td>Mitt</td> <td>Abds</td> <td>Nachts</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Morg	Mitt	Abds	Nachts																					<b>Hautschäden / Wunden</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Wo</b> <b>Grösse</b> <b>Aussehen</b> <b>Bisherige Versorgung</b>																																																																		
	Morg					Mitt	Abds	Nachts																																																																																									
Strasse																																																																																																	
Wohnort																																																																																																	
Familienstand		Konfession																																																																																															
Angehöriger / Betreuer		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																															
Name		Tel.:																																																																																															
Hausarzt		Tel.:																																																																																															
Krankenkasse																																																																																																	
Pflegeversicherung		<input type="checkbox"/> St I <input type="checkbox"/> St II <input type="checkbox"/> St III																																																																																															
Leistung beantragt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																															
Frei von ansteckenden Krankheiten		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																																															
MRSA-Abstrich		Datum:		<b>Diagnosen:</b>																																																																																													
<b>Besonderheiten</b>								<b>Kontrakturen</b>																																																																																									
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Antikoagulantien		<b>Hilfsmittel</b> <input type="checkbox"/> Krankenbett <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel <input type="checkbox"/> Prothesen <input type="checkbox"/> Gehstock / -hilfe <input type="checkbox"/> Stützkorsett <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> O2-Gerät <input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Wo?</b>																																																																																									
Welche:				<b>Allgemeine Körperpflege und Mobilität</b>				<b>Orientierung</b>																																																																																									
<input type="checkbox"/> Suchtprobleme Sonstiges:				<input type="checkbox"/> Häufig bettlägerig <input type="checkbox"/> Ständig bettlägerig		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>S</td> <td>TÜ</td> <td>VÜ</td> </tr> <tr> <td>Waschen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Baden / Duschen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mundpflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frisieren / Rasieren</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nagel- / Haar- / Fußpflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Benutzung der Toilette</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>An- / Auskleiden</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobilität Aufstehen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Stehen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gehen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nahrungsaufnahme per os</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PEG</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Arzneieinnahme</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Motivation bei den Aktivitäten des tgl. Lebens</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			S	TÜ	VÜ	Waschen				Baden / Duschen				Mundpflege				Frisieren / Rasieren				Nagel- / Haar- / Fußpflege				Benutzung der Toilette				An- / Auskleiden				Mobilität Aufstehen				Stehen				Gehen				Nahrungsaufnahme per os				PEG				Arzneieinnahme				Motivation bei den Aktivitäten des tgl. Lebens				Sonstiges:				<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Zeitweise</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td>Tag/Nacht</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zur Person</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Örtlich</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zeitlich</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>situativ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Ja	Zeitweise	Nein	Tag/Nacht				Zur Person				Örtlich				Zeitlich				situativ			
	S	TÜ	VÜ																																																																																														
Waschen																																																																																																	
Baden / Duschen																																																																																																	
Mundpflege																																																																																																	
Frisieren / Rasieren																																																																																																	
Nagel- / Haar- / Fußpflege																																																																																																	
Benutzung der Toilette																																																																																																	
An- / Auskleiden																																																																																																	
Mobilität Aufstehen																																																																																																	
Stehen																																																																																																	
Gehen																																																																																																	
Nahrungsaufnahme per os																																																																																																	
PEG																																																																																																	
Arzneieinnahme																																																																																																	
Motivation bei den Aktivitäten des tgl. Lebens																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																	
	Ja	Zeitweise	Nein																																																																																														
Tag/Nacht																																																																																																	
Zur Person																																																																																																	
Örtlich																																																																																																	
Zeitlich																																																																																																	
situativ																																																																																																	
Kommunikation								<b>Ernährungsform</b>																																																																																									
<input type="checkbox"/> Nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt		Sonstige:						<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> BE																																																																																									
Warum?								Sonstige:																																																																																									
<input type="checkbox"/> Brille / Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnprothesen								<b>Ausscheidung</b>																																																																																									
								<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stoma      Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Letzter DK-Wechsel:																																																																																									
<b>Caritaszentrum Holt - Kurzzeitpflegehaus</b> <b>Hehnerholt 32</b> <b>41069 Mönchengladbach</b> <b>Telefon: 02161 / 594 – 0</b> <b>Telefax: 02161 / 594 – 123</b> <b>Mail: kurzzeitpflege@caritas-mg.net</b>				Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes (dringend erforderlich)																																																																																													

**Legende:** S= Selbständig, TÜ= Teil-Übernahme, VÜ= Voll-Übernahme