

Überleitung von – zu

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> von Pflegeheim | <input type="checkbox"/> zu Pflegeheim |
| <input type="checkbox"/> von Krankenhaus | <input type="checkbox"/> zu Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> von ambulante Pflege | <input type="checkbox"/> zu ambulante Pflege |
| <input type="checkbox"/> von Sonstiges | <input type="checkbox"/> zu Sonstiges |

Sich bewegen:

- ☐ selbstständig
☐ mit Hilfsmitteln ☐ mit Begleitung
Orthesen: ☐ ja ☐ nein
Prothesen: ☐ ja ☐ nein
☐ Rollstuhl ☐ Gehhilfen ☐ Rollator

Pflegerelevante Diagnosen

Bewusstseinslage: _____

Tag: ☐ wach ☐ ansprechbar
☐ orientiert ☐ desorientiert

Nacht: ☐ wach ☐ ansprechbar
☐ orientiert ☐ desorientiert

Bei Desorientierung:

- ☐ zeitlich ☐ örtlich
☐ situativ ☐ Person
Aufsicht erforderlich? ☐ ja ☐ nein

Ausscheiden:

- ☐ selbstständig
☐ mit Hilfestellung
☐ Urininkontinenz
☐ Stuhlinkontinenz
letzter Stuhlgang: _____
Dauerkatheter: ☐ ja ☐ nein

Stammdaten

Name: Glück
Vorname: Elvira
Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____
Familienstand: _____

Konfession: _____
Krankenkasse: _____
Pflegestufe: _____
Patientenverfügung: ☐ ja ☐ nein

Angehörige: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Hausarzt: _____

Sich waschen und kleiden:

- ☐ selbstständig
☐ teilweise mit Hilfe
☐ vollständig auf Hilfe angewiesen

Hautzustand:

- ☐ keine Probleme
☐ trockene Haut

Vitalzeichen

Uhrzeit: _____
BZ: _____
RR: _____
Körpertemperatur: _____
Gewicht: _____
BMI: _____

Essen und Trinken

Nahrungsaufnahme: ☐ selbstständig
☐ teilweise selbstständig
☐ nur mit Hilfestellung

Diabetes: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt
Diabetiker-Tagebuch: ☐ ja ☐ nein

jetzige Kostform: _____
letzte Mahlzeit (Uhrzeit): _____

Dekubitus/Wunden:

☐ ja ☐ nein
Lokalisation: _____
Grad: _____
Größe: _____
Aussehen: _____
Versorgung mit: _____

Zahnprothese: ☐ ja ☐ nein

☐ oben ☐ unten
setzt Zahnprothese selbstständig ein:
☐ ja ☐ nein

Magensonde: gelegt am: _____
Sondenmenge (kcl): _____



Sturzgefährdung

☐ ja, aufgrund von: _____ ☐ nein

Allergien:

☐ ja, (auf: _____)
☐ nein ☐ nicht bekannt

Herzschrittmacherpatient:

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Medikation

morgens: _____
mittags: _____
abends: _____
nachts: _____

Bemerkungen:

Typ: Empagliflozin