

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 |

Stammdaten

- | | |
|------------------------|---|
| Name: <u>Glück</u> | Konfession: _____ |
| Vorname: <u>Elvira</u> | Krankenkasse: _____ |
| Geb.-Datum: _____ | Pflegestufe: _____ |
| Anschrift: _____ | Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Familienstand: _____ | |

- | |
|-------------------|
| Angehörige: _____ |
| Adresse: _____ |
| Telefon: _____ |
| Hausarzt: _____ |

Sich bewegen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> mit Begleitung |
| Orthesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Prothesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Gehhilfen | <input type="checkbox"/> Rollator |

Sich waschen und kleiden:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> teilweise mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen | |

Hautzustand:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> keine Probleme |
| <input type="checkbox"/> trockene Haut |

Pflegerelevante Diagnosen

- | | |
|---|--|
| Bewusstseinslage: | _____ |
| Tag: <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> ansprechbar | <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert |
| Nacht: <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> ansprechbar | <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert |

Essen und Trinken

- | |
|--|
| Nahrungsaufnahme: <input type="checkbox"/> selbstständig |
| <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig |
| <input type="checkbox"/> nur mit Hilfestellung |
| Diabetes: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Diabetiker-Tagebuch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| jetzige Kostform: _____ |
| letzte Mahlzeit (Uhrzeit): _____ |

Dekubitus/Wunden:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|

- | |
|-----------------------|
| Lokalisation: _____ |
| Grad: _____ |
| Größe: _____ |
| Aussehen: _____ |
| Versorgung mit: _____ |

Bei Desorientierung:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich |
| <input type="checkbox"/> situativ <input type="checkbox"/> Person |
| Aufsicht erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Zahnprothese:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten |
| setzt Zahnprothese selbstständig ein: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |



Magensonde:

- | |
|------------------|
| gelegt am: _____ |
|------------------|

Sondenmenge (kcl):

Ausscheiden:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig |
| <input type="checkbox"/> mit Hilfestellung |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |

letzter Stuhlgang:

- | |
|--|
| Dauerkatheter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--|

Sturzgefährdung

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ja, aufgrund von: _____ <input type="checkbox"/> nein |
|--|

Allergien:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ja, (auf: _____) |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

Herzschriftmacherpatient:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
|--|

Medikation

- | |
|----------------|
| morgens: _____ |
|----------------|

- | |
|----------------|
| mittags: _____ |
|----------------|

- | |
|---------------|
| abends: _____ |
|---------------|

- | |
|---------------|
| nachts: _____ |
|---------------|

Bemerkungen:

- | |
|--------------------|
| Typ: Empagliflozin |
|--------------------|