Überleitung von – zu

- ☐ von Pflegeheim
- ☐ von Krankenhaus
- ☐ von ambulante Pflege
- ☐ von Sonstiges
- ☐ zu Pflegeheim
- ☐ zu Krankenhaus
- ☐ zu ambulante Pflege
- ☐ zu Sonstiges

Stammdaten

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

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

Angehörige: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Hausarzt: _____

Sich bewegen:

- ☐ selbstständig
- ☐ mit Hilfsmitteln ☐ mit Begleitung

Orthesen: ☐ ja ☐ nein
Prothesen: ☐ ja ☐ nein
☐ Rollstuhl ☐ Gehhilfen ☐ Rollator

Sich waschen und kleiden:

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

Hautzustand:

- ☐ keine Probleme
- ☐ trockene Haut

Vitalzeichen

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

Pflegerelevante Diagnosen

Bewusstseinslage: _____

Tag: ☐ wach ☐ ansprechbar ☐ orientiert ☐ desorientiert

Nacht: ☐ wach ☐ ansprechbar ☐ orientiert ☐ desorientiert

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: _____

Bei Desorientierung:

- ☐ zeitlich ☐ örtlich
- ☐ situativ ☐ Person

Aufsicht erforderlich? ☐ ja ☐ nein

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

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

Ausscheiden:

- ☐ selbstständig
- ☐ mit Hilfestellung
- ☐ Urininkontinenz
- ☐ Stuhlinkontinenz

letzter Stuhlgang: _____
Dauerkatheter: ☐ ja ☐ nein

Sturzgefährdung

☐ ja, aufgrund von: _____ ☐ nein

Allergien:

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

Herzschrittmacherpatient:

☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Medikation

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

Bemerkungen:
Typ: Empagliflozin

LIVEWORKSHEETS