

-Patientenaufkleber-	<u>Pflegebedingte Diagnose/n (Text, ggf. ICD):</u> <u>Ärztliche Diagnosen:</u>
<input type="checkbox"/> Rückruf dringend erforderlich: Name: Tel.:	
Entlassung/Überleitung am: _____ An: <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Ambulanten Pflegedienst <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung: _____	

I Soziale Aspekte

<input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Betreuung durch Angehörige <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Patientenverfügung liegt vor; Stand: _____	
Gesetzlicher Betreuer: Name: Anschrift: Tel.-Nr. Mobil:	Angehöriger: Name: Anschrift: Tel.-Nr. Mobil:
Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):	Bezugspflegeperson (Name, Telefonnummer):
Behandelnder Hausarzt:	Pflegebereitschaft der Angehörigen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht in der Lage
Adresse: Tel.:	Pflegegradbestimmung beantragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bewilligt, Grad:
	Weiterversorgung gesichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

TF1 Orientierung/Psych (Kognition, Kommunikation, Psyche, Verhaltensweisen)

Dauerzustand (mind. 6 Monate)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Persönliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehör Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:				

Besondere Auffälligkeiten:
 Hinlauftendenz Herausforderndes Verhalten Unruhezustände Ängste andere Verhaltensweisen: s. Anhang

Bewußtseinslage: wach ansprechbar somnolent komatös

Schlaf: ungestört Schlafstörungen nächtliche Unruhezustände Besonderheiten (z.B. Hilfen, Gewohnheiten):

Freiheitsentziehende Maßnahmen: ja nein richterliche Genehmigung liegt vor

TF2 Bewegung/Lagerung (Mobilität)

Dauerzustand (mind. 6 Monate) ja nein

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bettlägerig nein ja

Bemerkungen:

TF3 Körperpflege (Selbstversorgung)

Dauerzustand (mind. 6 Monate) ja nein

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Waschen OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> nass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

TF4 Ernährung (Selbstversorgung)

Dauerzustand (mind. 6 Monate) ja nein **Körpergewicht:** **Körpergröße:**

Kostform: Sondenkost Parenterale Ernährung PEG PEJ
 Kalorienzufuhr in kcal: Kalorienzufuhr in kcal:
 Tägliche Menge in ml: Tägliche Menge in ml:
 Tägliche Menge Flüssigkeit in ml:
 Flüssigkeitsbilanzierung ja nein

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

mundgerechte Zubereitung: JA NEIN

Letzte Mahlzeit (Datum, Uhrzeit) : _____

Bemerkungen:

TF4 Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Transurethraler Harnblasenkatheter <input type="checkbox"/> Suprapubischer Harnblasenkatheter CH: _____ Gelegt / gewechselt am:			Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja abgeführt am: _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausräumung	
	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmittel	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Aufsuchen einer Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Folgen Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Folgen Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richten der Bekleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:				

Spezielle Pflegeaspekte

Erforderliche Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Sehhilfen <input type="checkbox"/> Hörhilfen <input type="checkbox"/> Sprechhilfen <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/>	
vorhandene Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Sehhilfen <input type="checkbox"/> Hörhilfen <input type="checkbox"/> Sprechhilfen <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/>	
Dekubitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation s. Grafik) Grad/Größe: _____	
Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): Versorgung: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Pilzinfektion <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, Lokalisation: _____	
Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:	Ansteckende Krankheiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:
Letzte Thorax-Röntgen-Untersuchung am: _____	
Bisherige Versorgung	

Medikation

<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral					
Bisherige Medikation / Dosierung					
Medikament:	Morgens:	Mittags:	Abends:	Nachts:	
Bedarfsmedikation:					
Besonderheiten der Applikation :					
Einnahme: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme					
letzte Medikation: <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends Uhrzeit: _____					
Insulin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Art: _____					

Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> selbstständig möglich <input type="checkbox"/> mit geringer punktueller Hilfe <input type="checkbox"/> mit überwiegend professioneller Hilfe <input type="checkbox"/> unselbstständig, wird fremd übernommen
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):

Bisherige Therapie / Sonstiges

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher letzte Kontrolle am: _____	Hinweis für den Krankentransport: s. Verfahrenshinweise
Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> Schutzklasse 1 <input type="checkbox"/> Schutzklasse 2 <input type="checkbox"/> Schutzklasse 3 <input type="checkbox"/> Schutzklasse 4 <input type="checkbox"/> keine Schutzmaßnahmen erforderlich

Telefon-Nr.:

Datum: _____ Unterschrift der Pflegefachkraft

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Daten dem MDK zum Zwecke der Feststellung der Pflegebedürftigkeit /der gewählten Pflegeeinrichtung zur Durchführung der erforderlichen Pflege /dem Krankenhaus zur Durchführung der erforderlichen Krankenhausbehandlung übersandt werden.

Datum: _____ Unterschrift der/des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vertreterin/Bevollmächtigte/n

Anhang für die Pflegeüberleitung von Menschen mit Demenz

Name des Patienten/der Patientin:

<p>Orientierung / Psyche (einschl. Tagesablauf)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> neigt zu akuten Verwirrheitszuständen <input type="checkbox"/> leidet unter zwanghaftem und Wahnhaftem Verhalten <input type="checkbox"/> leidet unter motorischen Unruhezuständen, Angst, Aggressionen, Missstimmungen <input type="checkbox"/> ungezieltes, ständiges Sprechen <input type="checkbox"/> Selbst- und Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> zeigt Hinlauftendenzen <input type="checkbox"/> schmiert mit Kot <input type="checkbox"/> leidet unter Störungen des Tag- / Nacht-Rythmus <input type="checkbox"/> Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit ist erforderlich <input type="checkbox"/> ist depressiv <input type="checkbox"/> hat ein niedriges Selbstwertgefühl <input type="checkbox"/> fühlt sich überflüssig <input type="checkbox"/> kann den Tagesablauf nicht selbständig gestalten 	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sprache undeutlich <input type="checkbox"/> Sprache verwaschen <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörungen <input type="checkbox"/> spricht mit reduziertem Wortschatz, monotones Singen, Rufen <input type="checkbox"/> spricht erniedrigend, abwertend <input type="checkbox"/> keine sprachliche Verständigung möglich <input type="checkbox"/> konfabuliert (Gedächtnislücken werden mit Worten gefüllt) <input type="checkbox"/> deutliche Mimik und Gestik <input type="checkbox"/> undeutliche Mimik und Gestik <input type="checkbox"/> ist stark verunsichert (Angst / Panik) <input type="checkbox"/> eingeschränktes Konzentrations / Erinnerungsvermögen <input type="checkbox"/> hat Gedankensprünge
<p>Wahrnehmung der Sinne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ist schwerhörig <input type="checkbox"/> ist kurzsichtig <input type="checkbox"/> ist weitsichtig <input type="checkbox"/> akzeptiert / benutzt Hilfsmittel 	<p>Wahrnehmungseinschränkung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> visuell
<p>Ernährung (Essen u. Trinken)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kann nicht alleine essen <input type="checkbox"/> sieht die Notwendigkeit, zu essen, nicht ein <input type="checkbox"/> kann nur passierte Kost zu sich nehmen <input type="checkbox"/> kann nicht alleine trinken <input type="checkbox"/> sieht die Notwendigkeit, zu trinken, nicht ein <input type="checkbox"/> hat Kau- und Schluckstörungen weil: <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> isst und trinkt unter Anleitung und nach Aufforderung <input type="checkbox"/> isst sehr langsam <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten <input type="checkbox"/> verweigert die Nahrungsaufnahme 	<p>Ausscheidungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kann durch Gestik / Mimik Bedürfnis mitteilen <input type="checkbox"/> lehnt Hilfsmittel ab <input type="checkbox"/> findet die Toilette nicht <input type="checkbox"/> beruhigende Gespräche bei der Durchführung der Toilettengänge
<p>Bewegung / Lagerung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen <input type="checkbox"/> Sturzgefahr / Hüftprotektoren <input type="checkbox"/> läuft mit trippelndem Gang <input type="checkbox"/> akzeptiert / benutzt Hilfsmittel 	<p>Körperpflege / Kleiden</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notwendigkeit von Wäschewechsel wird nicht eingesehen <input type="checkbox"/> Selbständige Wahl der Kleidung nicht möglich <input type="checkbox"/> Häufiges Auskleiden aufgrund von Desorientierung <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden nur mit Hilfe möglich
<p>Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ist einsichtig <input type="checkbox"/> arbeitet aktiv mit <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe stehen / gehen <input type="checkbox"/> akzeptiert Unterstützung durch die Pflegekräfte 	
<p>Sonstige wichtige Informationen</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Vorlieben / Abneigungen</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>