

<p>-Patientenaufkleber-</p>	<p><u>Pflegebedingte Diagnose/n (Text, ggf. ICD):</u></p> <p><u>Ärztliche Diagnosen:</u></p>
<p>Einschränkung/Schädigung, die die tägliche Lebensführung und Aktivität in besonderem Masse beeinträchtigen (Warum wird personelle Hilfe benötigt?):</p> <p>Handelt es sich um einen Dauerzustand? (voraussichtlich länger als 6 Monate) JA NEIN</p>	<p>Rückruf dringend erforderlich:</p> <p>Name:</p> <p>Tel.:</p>

Entlassung/Überleitung am: _____

An: **Pflegeheim** **Ambulanten Pflegedienst** **Krankenhaus** **Sonstige Einrichtung:** _____

I Soziale Aspekte

Alleinlebend	gesetzlicher Betreuer	Betreuung durch Angehörige	Patientenverfügung liegt vor; Stand: _____
Vorsorgevollmacht liegt vor, Stand:			
Gesetzlicher Vertreter/Betreuer	Bevollmächtigter	Name: _____	Anschrift: _____
<p>Gesetzlicher Betreuer: Name: Anschrift: Tel.-Nr. Mobil:</p>	<p>Angehöriger: Name: Anschrift: Tel.-Nr. Mobil:</p>		
Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):	Bezugspflegerperson (Name, Telefonnummer):		
Behandelnder Arzt:	Pflegebereitschaft der Angehörigen: ja nein nicht in der Lage		
Adresse:	Pflegegradbestimmung beantragt? Nein		
Tel.:	ja, am _____ bewilligt, Grad:		
	selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig
Interaktion mit Personen in direkten Kontakt			unselbstständig

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

Dauerzustand (mind. 6 Monate)	ja	nein	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden	Bemerkungen:
Persönliche Orientierung							
Zeitliche Orientierung							
Örtliche Orientierung							
Situative Orientierung							
Kommunikation aktiv							
Gehör Hilfsmittel:							
Sehen Hilfsmittel:							
Sprachverständnis							
Verstehen von Sachverhalten und Informationen							
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)							
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)							
Hinlauffähigkeit Sonstiges: s. Anhang für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz / Demenz							

Bewußtseinslage:	wach	ansprechbar	somnolent	komatös
Schlaf:	ungestört	Schlafstörungen	nächtliche Unruhezustände	Besonderheiten (z. B. Hilfen, Gewohnheiten):
Freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich:	ja	nein		

TF2 Bewegung/Lagerung (Mobilität)

Dauerzustand (mind. 6 Monate)	ja	nein					
			Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen
Gehen							
Stehen							
Umsetzen (Transfer)							
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)							
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)							
Beweglichkeit:	aktiv	passiv	Bettlägerig	nein	ja		
Erforderliche Hilfsmittel:	Unterarmgehstütze	Gehstock	Rollator	Toilettenstuhl			
	Rollstuhl	Sonstiges:					

TF3 Körperpflege (Selbstversorgung)

Dauerzustand (mind. 6 Monate)	ja	nein					
			Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen
Waschen OK							
Waschen UK							
Duschen / Baden							
Mundpflege							
Zahnpflege							
Zahnprothese	OK	UK					
Rasieren	trocken	nass					
An- / Auskleiden OK							
An- / Auskleiden UK							
Hautbeschaffenheit:	intakt	trocken	Sonstiges:				
Pflegemittel:							

TF4 Ernährung (Selbstversorgung)

Kostform:	Sondenkost	Parenterale Ernährung	PEG	PEJ	Tägliche Menge Flüssigkeit in ml:	Flüssigkeitsbilanzierung	ja	nein	
	Kalorienzufuhr in kcal:	Kalorienzufuhr in kcal:							
	Tägliche Menge in ml:	Tägliche Menge in ml:							
		Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen			
Essen									
Trinken									
mundgerechte Zubereitung:	JA	NEIN	Hilfsmittel:						
Letzte Mahlzeit (Datum, Uhrzeit): _____									

Spezielle Pflegeaspekte

Dekubitus	nein	ja (Lokalisation s. Grafik)	Grad/Größe: _____	
Gefahr laut Norton-/Braden-Skala:				

Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): Versorgung: selbständig mit Hilfe			
Pilzinfektion Nein ja, Lokalisation:			
Allergien: nein ja und zwar:	Ansteckende Krankheiten: nein ja und zwar:	Letzte Thorax-Röntgen-Untersuchung	
Lebensmittelunverträglichkeit			
Bisherige Versorgung			

TF4 Ausscheidungen						
Flüssigkeitsbilanzierung:		nein	ja	Körpergewicht:		Körpergröße:
Hilfsmittel:		nein	ja	Toilette	Toilettenstuhl	Urinflasche Steckbecken
Harninkontinenz: nein gelegentlich ja		Stuhlinkontinenz: nein gelegentlich ja		Colostomie		
Transurethraler Harnblasenkatheter Suprapubischer Harnblasenkatheter CH: _____ Gelegt / gewechselt am:		abgeführt am: _____		normal neigt zu Verstopfung neigt zu Durchfällen digitale Ausräumung		
		Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremd-übernommen	Bemerkungen
Aufsuchen einer Toilette						
Umgang mit Folgen Urininkontinenz						
Umgang mit Folgen Stuhlinkontinenz						
Stomaversorgung						
Intimpflege						
Richten der Bekleidung						

Legende:
S = Selbstständig (Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmittleinsatz)
U/A = Unterstützung / Anleitung (Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich)
TÜ = Teilübernahme (Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende personelle Hilfe)
VÜ = Vollübernahme (Aktivität unselbständig, wird fremd übernommen)

Medikation					
oral parenteral					
Bedarfsmedikation:					
Besonderheiten der Applikation mit Süßspeise:					
Einnahme:		selbständig	Bereitstellen der Tagesration	Überwachung der Einnahme	
letzte Medikation:		morgens	mittags	abends	Uhrzeit:
Insulin		nein	ja		
Art:					
Verabreichung per:		Spritze	Pen	Insulinpumpe	
		selbständig möglich	mit geringer punktueller Hilfe	mit überwiegend professioneller Hilfe	unselbständig, wird fremd übernommen
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):					

Bisherige Therapie / Sonstiges		Hinweis für den Krankentransport: s. Verfahrenshinweise
Krankengymnastik Herzschrtrittmacher	Ergotherapie letzte Kontrolle am: _____ Logopädie	
Sonstiges: Dialyse Beatmung Tracheostoma Portversorgung		Schutzklasse 1 Schutzklasse 2
Besondere Auffälligkeiten: Unruhezustände Ängste Aggressives/abwehrendes Verhalten andere Verhaltensweisen:		Schutzklasse 3 Schutzklasse 4 keine Schutzmaßnahmen erforderlich

Telefon-Nr.:

Datum: _____ Unterschrift der Pflegefachkraft _____

Anhang für die Pflegeüberleitung von Menschen mit Demenz

Name des Patienten/der Patientin:

Orientierung / Psyche (einschl. Tagesablauf) neigt zu akuten Verwirrheitszuständen leidet unter zwanghaftem und Wahnhaftem Verhalten leidet unter motorischen Unruhezuständen, Angst, Aggressionen, Missstimmungen ungezieltes, ständiges Sprechen Selbst- und Fremdgefährdung zeigt Hinlauftendenzen schmiert mit Kot leidet unter Störungen des Tag- / Nacht-Rhythmus Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit ist erforderlich ist depressiv hat ein niedriges Selbstwertgefühl fühlt sich überflüssig kann den Tagesablauf nicht selbständig gestalten	Kommunikation Sprache undeutlich Sprache verwaschen Wortfindungsstörungen spricht mit reduziertem Wortschatz, monotones Singen, Rufen spricht erniedrigend, abwertend keine sprachliche Verständigung möglich konfabuliert (Gedächtnislücken werden mit Worten gefüllt) deutliche Mimik und Gestik undeutliche Mimik und Gestik ist stark verunsichert (Angst / Panik) eingeschränktes Konzentrations/Erinnerungsvermögen hat Gedankensprünge
Wahrnehmung der Sinne: ist schwerhörig ist kurzsichtig ist weitsichtig akzeptiert / benutzt Hilfsmittel	Wahrnehmungseinschränkung Wärme Kälte visuell
Ernährung (Essen u. Trinken) kann nicht alleine essen sieht die Notwendigkeit, zu essen, nicht ein kann nur passierte Kost zu sich nehmen kann nicht alleine trinken sieht die Notwendigkeit, zu trinken, nicht ein hat Kau- und Schluckstörungen weil: _____ isst und trinkt unter Anleitung und nach Aufforderung isst sehr langsam gestörtes Essverhalten verweigert die Nahrungsaufnahme	Ausscheidungen kann durch Gestik / Mimik Bedürfnis mitteilen lehnt Hilfsmittel ab findet die Toilette nicht beruhigende Gespräche bei der Durchführung der Toilettengänge
Bewegung / Lagerung Gleichgewichtsstörungen Sturzgefahr / Hüftprotektoren läuft mit trippelndem Gang akzeptiert / benutzt Hilfsmittel	Körperpflege / Kleiden Notwendigkeit von Wäschewechsel wird nicht eingesehen Selbständige Wahl der Kleidung nicht möglich Häufiges Auskleiden aufgrund von Desorientierung An-/Auskleiden nur mit Hilfe möglich
Ressourcen ist einsichtig arbeitet aktiv mit kann mit Hilfe stehen / gehen akzeptiert Unterstützung durch die Pflegekräfte	
Sonstige wichtige Informationen _____	Vorlieben / Abneigungen _____
