

# PATIENTENÜBERLEITUNG



Ihr Partner in der Wundversorgung

Betreuende Pflegeeinrichtung: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

## Patientendaten

Frau                      Herr

Muttersprache:                      Spricht Deutsch:                       
 \_\_\_\_\_                      Ja                      Nein

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname:                      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße:                      Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ:                      Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:                      Versichertennummer: \_\_\_\_\_

## Vollmachten, Verfügungen

Patientenverfügung:	Ja	Nein	unbekannt
Vorsorgevollmacht:	Ja	Nein	unbekannt

## Pflegegrad

kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

## Aktuelle Wohnform

zu Hause	zu Hause mit Angehörigen	zu Hause allein
Pflegeheim	betreutes Wohnen	

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Soziale Aspekte

alleinstehend	gesetzlicher Betreuer	Vermögensverwaltung
Gesundheitsvorsorge	Aufenthaltsbestimmung	

## Hauptbezugsperson / Angehörige/r

Nachname:                      Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

## Gesetzlicher Betreuer

Nachname:                      Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

## Hausarztpraxis

Name: \_\_\_\_\_

Telefon:                      Fax: \_\_\_\_\_

Straße:                      Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ:                      Ort: \_\_\_\_\_

## Grund für Krankenseinweisung

(pflegerelevante) Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Bisherige Medikation: \_\_\_\_\_

Bekannte Infektionen:  
 Multiresistenter Erreger:                      Pilzinfektion: \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Allergien, Unverträglichkeiten:                      Ja                      Nein  
 welche: \_\_\_\_\_

## Schmerzen

keine                      akut                      chronisch  
 Beschreibung: \_\_\_\_\_

## Mitgegebene Hilfsmittel, Wertsachen

Wohnungsschlüssel	Bargeld	EC-/Kreditkarte
Handy	Uhr	Hörgerät rechts / links
Zahnprothese oben / unten	Brille	Rollator

**Mobilität** selbstständig bettlägerig

Sturzgefahr Hemiparese Hemiplegie

	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständ. Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe
Aufstehen					
Gehen					
Toilettengang					
Sitzen auf Stuhl					
Ankleiden					
Körperpflege					

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Orientierung, Kognition**

zeitlich: Ja Nein zeitweise  
 örtlich: Ja Nein zeitweise  
 situativ: Ja Nein zeitweise  
 persönlich: Ja Nein zeitweise  
 Weglauftendenz: Ja Nein zeitweise

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ernährung**

selbstständig braucht Anregung braucht Hilfe  
 Schluckstörung mundgerechte Zubereitung vollständige Hilfe

**Kostform**

normal vegetarisch vegan

Sonstiges: \_\_\_\_\_

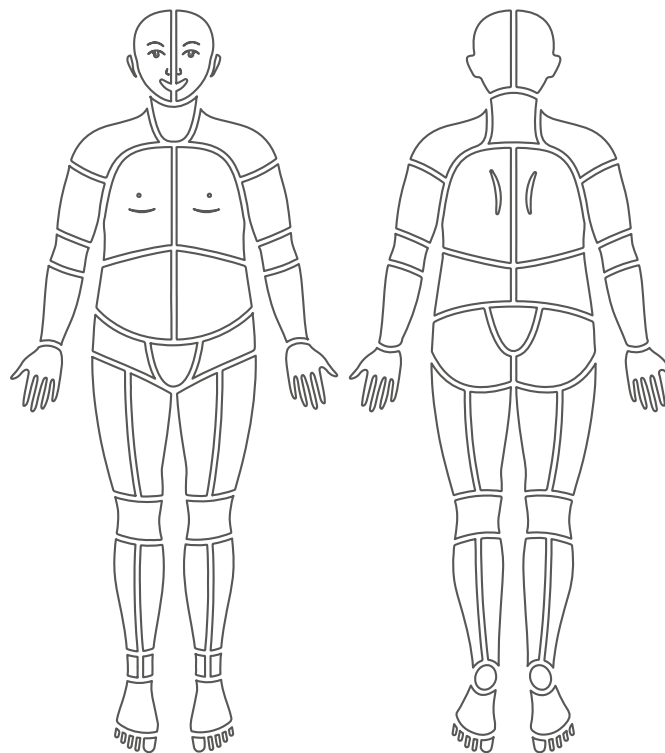
**Lokalisation von chron. Wunden**

Dekubitus Grad: \_\_\_\_\_

Diabet. Fußsyndrom (DFS) Ulcus cruris venosum (UCV)

Ulcus cruris arteriosum (UCA) Ulcus cruris mixtum (UCM)

Sonstiges (z. B. Kontrakturen, Schmerz, ...):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**Ausscheidungen**

**Stuhlgang**

Stuhlinkontinenz: Ja Nein  
 neigt zu Verstopfung normal  
 neigt zu Durchfällen digitale Ausräumung

**Harninkontinenz**

ja nein zeitweise

**Dauerkatheter**

ja nein letzter Wechsel: \_\_\_\_\_

**Stoma**

Colostoma Ileostoma Urostoma

**Begleitunterlagen**

Medikamentenplan Wundversorgungsplan  
 Ernährungsplan Allergiepass  
 Impfausweis Diabetikaerausweis  
 Schrittmacherausweis  
 Chipkarte KK Personalausweis  
 Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Weitere Informationen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ausgefüllt durch**

Name & Datum: \_\_\_\_\_