

Überleitungsbogen		

Name :	Geburtsdatum:
Anschrift:	Krankenkasse:
Erstellt von Pflegefachkraft (Hdz):	Datum:
Hausarzt:	

Grund der Überleitung:

Diagnose/n: siehe Arztbrief				
Allergien / Unverträglichkeiten / Besonderheiten:				
multiresistente Keime:				
<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/> VRE	<input type="radio"/> Pseudomonas	<input type="radio"/> Clostr.Difficile.	<input type="radio"/>
Lokalisation:	Lokalisation:	Lokalisation:	Lokalisation:	Lokalisation:
<input type="radio"/> Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Heparin		<input type="radio"/> Marcumar	
<input type="radio"/> Brille / Kontaktlinsen	<input type="radio"/> Zahnprothese <input type="radio"/> oben <input type="radio"/> unten		<input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links	
<input type="radio"/> Arm / Beinprothesen	<input type="radio"/> Gehhilfen		<input type="radio"/>	

Gesetzliche Betreuung: Name: Anschrift: Telefon: Kopie Betreuungsurkunde	Angehörige: Name: Adresse: Telefon:
--	---

Überleitungsbogen		

Mitgeführtes Eigentum/Dokumente:		
<input type="checkbox"/> Kopie - Krankenkassenkarte	<input type="checkbox"/> Kopie Befreiungskarte	<input type="checkbox"/> Kopie Personalausweis
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> letzter Arztbrief	<input type="checkbox"/> Medikationsblatt
<input type="checkbox"/> Beatmungsparameter	<input type="checkbox"/> Sondenkostplan	<input type="checkbox"/> Kopie Betreuungsausweis

Sekretmanagement:					
Trachealsekret:	<input type="checkbox"/> Wenig	<input type="checkbox"/> Mäßig	<input type="checkbox"/> Reichlich	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> zäh
	<input type="checkbox"/> Flüssig	<input type="checkbox"/> gelblich	<input type="checkbox"/> grünlich	<input type="checkbox"/> blutig	
Inhalation		<input type="checkbox"/> NaCl 0,9 %	<input type="checkbox"/> Sultanol/Atrovent	_____ Mal täglich	
Gerät: <input type="checkbox"/> Aeroneb <input type="checkbox"/> Multisonic		<input type="checkbox"/> Mucosolvan	Sonstiges Medikament:		
Endotracheale Absaugung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> CH 14	Häufigkeit: _____ Mal täglich		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> CH 16			
Abhusten:	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mechanische Hustenhilfe Typ:			

Tracheostoma:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit:		
Typ	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch		Wechseltturnus: Letzter Wechsel:		
Kanülentyp / Hersteller:	Größe:	<input type="checkbox"/> gefenstert	<input type="checkbox"/> einteilig	<input type="checkbox"/> zweiteilig	
	I.D.:	<input type="checkbox"/> Cuffdruck _____ mbar			
	O.D.:	<input type="checkbox"/> Sprechkanüle			
Komplikationen TK-Wechsel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?		

Beatmungsgerät:	<input type="checkbox"/> Einschlauchgerät		<input type="checkbox"/> Zweischlauchgerät	
	<input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> intermittierend:		
		_____ Std./Tag	_____ Std./ Nacht	
Medizin-Technischer Lieferant:	Ansprechpartner: Telefon:			
Beatmungsform/-parameter:	siehe Verordnungsblatt Beatmung und Sauerstoffversorgung			

Überleitungsbogen

Befeuchtung:	<input type="radio"/> aktiv	System:	
	<input type="radio"/> passiv	<input type="radio"/> HME-Filter	<input type="radio"/> Feuchte Nase
Spontanatemphasen möglich?	<input type="radio"/> ja	Dauer: _____ Stunden	Sauerstoffgabe: _____ l/min
Sauerstoffquelle:	<input type="radio"/> Konzentrator	<input type="radio"/> Flüssigsauerstoff	<input type="radio"/> Mobile Einheit

Pflegerische Informationen:		Pflegestufe: _____		
Psyche:				
Bewusstsein:	<input type="radio"/> Klar	<input type="radio"/> Wechselhaft	<input type="radio"/> Somnolent	<input type="radio"/> Komatös
Gedächtnis:	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> gestört	<input type="radio"/> wechselhaft	
Orientierung Zeitlich:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> zeitweise gestört	<input type="radio"/> immer / meist gestört	
Orientierung Örtlich:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> zeitweise gestört	<input type="radio"/> immer / meist gestört	
Orientierung Person:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> zeitweise gestört	<input type="radio"/> immer / meist gestört	
Antrieb:	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> verlangsamt	<input type="radio"/> teilnahmslos	
Stimmung:	<input type="radio"/> ausgeglichen	<input type="radio"/> ängstlich	<input type="radio"/> depressiv	
Unruhe:	<input type="radio"/> nur nächtlich	<input type="radio"/> durchgängig		
Verhalten:	<input type="radio"/> Unauffällig	<input type="radio"/> Distanzlos	<input type="radio"/> wehrig	
Wahrnehmung:	<input type="radio"/> Ungestört	<input type="radio"/> Halluzinationen	<input type="radio"/> Verkennung	
Bemerkung:				
Kommunikation:				
<input type="radio"/> Problemlos verbal	<input type="radio"/> eingeschränkt verbal	<input type="radio"/> nonverbal Hilfsmittel:		
<input type="radio"/> Motorische Aphasie	<input type="radio"/> sensorische Aphasie	<input type="radio"/> Nicht möglich	<input type="radio"/> Entblockt unter Beatmung	<input type="radio"/> Sprechaufsatz
Bemerkung:				

Überleitungsbogen		

Mobilisation:			
<input type="radio"/> Uneingeschränkt	<input type="radio"/> Bis Bettkante	<input type="radio"/> Bis sitzen	<input type="radio"/> In den Rollstuhl
<input type="radio"/> Stehfähig selbständig	<input type="radio"/> Stehfähig mit Hilfe	<input type="radio"/> Gehfähig selbständig	<input type="radio"/> Gehfähig mit Hilfe
Bemerkung:			

Wunddokumentation:			
<input type="radio"/> Tracheostoma:			
<input type="radio"/> PEG/PEJ-Einstichstelle:			
<input type="radio"/> SPK-Einstichstelle:			
<input type="radio"/> AP:			
Sonstiges:			
<input type="radio"/> Dekubitus, Stadium:			
Hautverhältnisse:	<input type="radio"/> nekrotisch	<input type="radio"/> gerötet	<input type="radio"/> feucht mazeriert <input type="radio"/> entzündet
Wundversorgung mit:			
<input type="radio"/> Dekubitus, Stadium:			
Hautverhältnisse:	<input type="radio"/> nekrotisch	<input type="radio"/> gerötet	<input type="radio"/> feucht mazeriert <input type="radio"/> entzündet
Wundversorgung mit:			
Sonstige Hautverhältnisse:	<input type="radio"/> physiologisch	<input type="radio"/> trocken	<input type="radio"/> schweißig
	<input type="radio"/> Schuppenflechte	<input type="radio"/> Neurodermitis	<input type="radio"/> Pilzbefall
	Lokalisation:	Lokalisation:	Lokalisation:

Ausscheidung / Ernährung:			
Ausscheidung:	<input type="radio"/> kontinent	<input type="radio"/> Stuhlinkontinent	<input type="radio"/> Harninkontinent
	<input type="radio"/> Vorlagenversorgung	<input type="radio"/> Schutzhosen	
DK/SPK seit: Größe: _____ CH	<input type="radio"/> Anus Praeter	Letzter Stuhlgang:	
Letzter Wechsel:	<input type="radio"/> oral selbständig	<input type="radio"/> oral unselbständig	
Nahrungs-und Flüssigkeitsaufnahme: Kostform:	<input type="radio"/> oral mit Aufbereitung	<input type="radio"/> PEG / PEJ	
Sondenkost-Typ: Menge / Tag: siehe Ernährungsplan			
Einfuhrbeschränkung:	_____ ml / Tag		

© DiBeFo, Dirk Betzler Fortbildung, Sendenhorst-Albersloh			☒ Evaluierung = Eigenregelung der Einrichtung		
Freigabe: Arbeitsgruppe Verfahrenssysteme	Letzte Revision	Nächste Revision	Version	Verwendung bis	Seite
Jan 2011	21.08.2016	21.08.2017	Aug 16	Aug 17	4

Überleitungsbogen		

Letzte Nahrungs- /Flüssigkeitszufuhr:	Uhrzeit: _____ Menge: _____ ml		
	<input type="radio"/> Sondenkost	<input type="radio"/> Wasser/Tee	
	<input type="radio"/> Sonstiges:		
Letzte Insulin- gabe:	Uhrzeit:	I.E.:	Insulin:

Aktuelle Vitalwerte:					
	RR:	Puls:	SpO ₂ :	BZ:	Temperatur:

Bemerkung / Sonstiges: