

# Bielefelder Pflegeüberleitungsbrief

Version: 10/2019

Kommunale Pflegekonferenz – Kommunale Gesundheitskonferenz

1. Stammdaten		Krankenhaus, Pflege- / Einrichtung / Wohnung:
Name:		<b>Tel. (z. B. Leitung, Wohnbereichstelefon):</b>  <b>Fax:</b>  <b>E-Mail:</b>
Vor-/Rufname:		
Geb.-Datum:		
Straße:		
PLZ / Wohnort: /		
Krankenkasse:		
K-Versichertennummer: KV-Karte dabei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> <b>zz. noch keinen</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
beantragt am:		
Tag der Überleitung / Entlassungsdatum:		
An: <input type="checkbox"/> Pflegenden Angehörige <input type="checkbox"/> Ambulanten Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Pflegehotel <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> ambulante Wohngemeinschaft		
Einrichtung / Name:		
Diagnosen: <input type="checkbox"/> Arztbrief		Grund der Heimaufnahme / Krankenhauseinweisung:
Chronischer Schmerz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

2. Soziale Aspekte	
<input type="checkbox"/> alleinstehend	<b>bitte im Folgenden jeweils Name / Adresse / Tel.-Nr. eingeben:</b>
<input type="checkbox"/> (Ehe- oder Lebens-) Partnerin / Partner:	
<input type="checkbox"/> Haupt Bezugsperson:	
<input type="checkbox"/> soziale Betreuung durch Angehörige/andere Person:	
<input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Gesundheitsvollmacht	
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aufbewahrungsort:
Hausarzt/-ärztin:	Fachärzte/-innen: PalliativNetz Bielefeld e.V.:
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> vorhanden seit <input type="checkbox"/> empfohlen am <input type="checkbox"/> beantragt am	
Welche Hilfsmittel:	
<input type="checkbox"/> bestellt bei:	Name Ansprechpartner/in: Tel.:
Ansprechpartner/in bei der K-Versicherung:	Tel.:
Bisherige Versorgung:	
druckentlastendes System: <input type="checkbox"/> vorhanden seit <input type="checkbox"/> empfohlen am <input type="checkbox"/> beantragt am	
Welches:	
Sonstiges:	

3. Verhalten / Stimmung / Antrieb	
<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> zeigt herausforderndes Verhalten <input type="checkbox"/> Verwahrlosungstendenz <input type="checkbox"/> aggressives Verhalten	
<input type="checkbox"/> sucht Kontakt <input type="checkbox"/> Einzelgänger/in <input type="checkbox"/> distanzlos kooperativ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Einschränkungen durch dementielle Erkrankung, Symptome: <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Apraxie (Beeinträchtigung der Fähigkeit, bestimmte Bewegungen auszuführen trotz intakter Motorik) <input type="checkbox"/> Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen trotz intakter Sinnesorgane)	
<input type="checkbox"/> Hin- / Weglauf-tendenz	
<input type="checkbox"/> Um telefonische Rücksprache wird gebeten	
Bemerkungen:	

Der Bielefelder Pflegeüberleitungsbrief soll helfen, Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen besser zu gestalten. Er ist für Fachpersonal und Angehörige.

4. Körperpflege / Kleidung					
	selbständig	anleiten/ beaufsichtigen	teilweise selbständig	unselb- ständig	Bemerkungen:
Waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Waschecke
Duschen / Baden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahn-/ Mundpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnprothese / Art:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
An- und Auskleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautbeschaffenheit:	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken		<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Pflegemittel :					
2. Pflegeperson erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Sonstiges:					

5. Ernährung	
Kostform:	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme:
Name der Sondenkost:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei(m):
Sondentyp:	<input type="checkbox"/> Vorbereitung / Anleitung / Beaufsichtigung
gelegt am:	<input type="checkbox"/> anreichen
tägl. Menge: Sondenkost: ml, Tee: ml	Trinkverhalten: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> anregen zum Trinken
Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Schwerkraft	<input type="checkbox"/> anreichen
Bevorzugte Lebensmittel:	tägliche Trinkmenge: ml
	Abneigung/Allergien gegen folgende Nahrungsmittel:

6. Ausscheidungen	
Flüssigkeitsbilanzierung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle
Hilfestellung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Nachtstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken
Anus praeter:	Versorgung: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise selbständig <input type="checkbox"/> unselbständig
Versorgungssystem:	
Versorgung bei Harninkontinenz (Inkontinenzprodukte / Art / Größe):	
<input type="checkbox"/> Dauerkatheter, Größe: <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	
Versorgung bei Stuhlinkontinenz (Inkontinenzprodukte / Art / Größe):	
Unverträglichkeit von Inkontinenzprodukten:	
Sekret / Erbrechen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gelegentlich
Besonderheiten:	

7. Bewegung / Lagerung					
	selb- ständig	anleiten/ beaufsichtigen	teilweise selbständig	unselb- ständig	Bemerkungen:
Aufstehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothese: <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> nicht dabei
Gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wegstrecke ca.:
Gang zur Toilette:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebrauch von Gehhilfen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art:
Gebrauch eines Rollstuhls:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitzen im Stuhl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauer:
Transfer:	<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> halbaktiv		<input type="checkbox"/> passiv		<input type="checkbox"/> motorische Unruhe
Bettlägerig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Art der Unterstützung bei der Lagerung:		
Häufigkeit:					
Grund:					
Kontrakturen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar				
Sturzgefährdet:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Prophylaxe:		
2. Pflegeperson erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

<b>8. Schlaf</b>
<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände
Besonderheiten (z. B. Hilfen, Einschlafseite):
Schlafzeiten:
Schlafmittel:

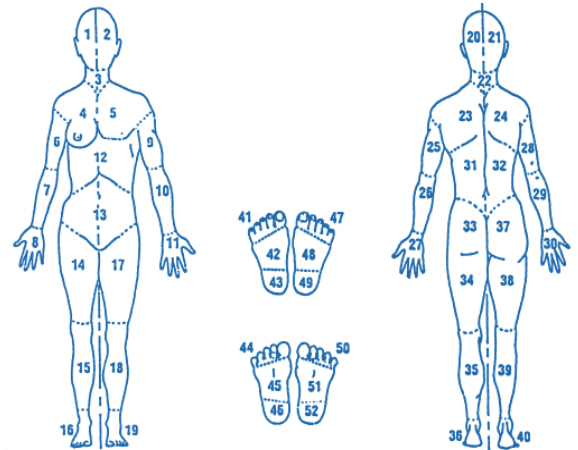
<b>9. Orientierung</b>
Bewusstseinslage: <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös
zeitlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein      örtlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein
zur Person: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein      situativ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein
Suizidgefährdet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
kooperativ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:

<b>10. Kommunikation / Beschäftigung</b>			
	<b>ohne</b> Einschrän- kung(en)	<b>mit</b> Einschrän- kung(en)	Bemerkungen:
Sprache:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprachverständnis:
Gehör:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgerät: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> dabei <input type="checkbox"/> nicht dabei
Sehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> Kontakt- linsen <input type="checkbox"/> Glasauge <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Schreiben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewohnheiten:	<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Tageszeitung <input type="checkbox"/> Zeitschriften <input type="checkbox"/> (Hör-) Bücher <input type="checkbox"/> Gesellschafts- / Spiele		
Anmerkungen zu Gewohnheiten:			
Sonstiges:			

<b>11. Medikation lt. Anordnung der Ärztin/des Arztes</b>	
Aktueller Medikamentenplan liegt bei: <input type="checkbox"/>	
Bisherige Medikation (oral/parenteral):	Insulinpräparat:
	Dosierung:
	Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe
	Injektion: <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Anleitung <input type="checkbox"/> Über- nahme
	Blutzuckerkontrolle (Häufigkeit):
Blutverdünnungsmittel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welches?	
Thromboseprophylaxe:	
Einnahme: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Bereitstellung der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme	

<b>12. Multiresistente Erreger</b>	
MRE: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	MRE-Bogen liegt bei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13. Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen	
Dekubitusrisikoerfassung nach	-Skala
Gefährdungsgrad:	Risiko:
Dekubitus: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Lokalisation siehe Grafik rechts →)
Grad:	Größe: Nummer laut Grafik:
Versorgung mit:	
Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris u. a.):	
Versorgung mit:	
<input type="checkbox"/> Pilzinfektion	Lokalisation:
Behandlung mit:	
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> absaugen Häufigkeit:
<input type="checkbox"/> O2 -Gabe	Menge: <input type="checkbox"/> Beatmung
<input type="checkbox"/> Allergien:	



14. Bisherige Therapie / Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Musiktherapie
<input type="checkbox"/> Sicherung	<input type="checkbox"/> Fixierung, Beschluss vom:
Rehabilitation: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bewilligt, Antritt am:
Sonstiges:	

15. Überleitungstag: aktueller Pflegezustand / Verlauf		
letzte Mahlzeit:	letzter Stuhlgang:	Letzte Medikation:
Hautzustand am Verlegungstag:		
<input type="checkbox"/> aktuelle Medikation mitgegeben für Tage		

16. Überleitungstag: aktueller Pflegezustand / Verlauf	
Impfausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

17. Besonderheiten / Weitere Bemerkungen:		
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.	Datum:	Einrichtung:
Telefonisch erreichbar unter:		