



Pflegedienst

Pflegeüberleitungsdokument
per Fax an Koordinierungsbüro 0511/8115-8981

Überleitung erfolgt an: _____

Patientenbezogene Daten

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Nationalität:	Konfession:
Familiensituation:	
Kinderarzt:	
Krankenkasse:	
Pflegestufe:	vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankheitsbezogene Daten

Diagnose:
Krankheitsverlauf:
Grund der Überleitung:
Allergien/ Unverträglichkeiten:



2. Pflegeassessment

2.1 Grundversorgung

- **Körperpflege**

Beschaffenheit der Haut: unauffällig
 trocken/ schuppig
 schwitzig

Pflegeartikel:

Hautdefekte/ Wundversorgung:

- **Ausscheidung**

Urinausscheidung: spontan
 Einmalkatheter
 Dauerkatheter

Besonderheiten:

Stuhlausscheidung: spontan
 Abführmaßnahmen: _____
 Anus Praeter

Besonderheiten:

Bilanzierung: 24 Std.-Bilanz
 12 Std.-Bilanz

Schwitzen: normal
 stark

Besonderheiten:

Erbrechen:



• **Ernährung**

Nahrungsaufnahme:

- selbstständig
- oral
- Magensonde gelegt am: _____ Ch: _____
- PEG
- Button parenterale Ernährung

Nahrungsart:
Menge und Anzahl der Mahlzeiten:
Besonderheiten:

Besonderes Zubehör:

- Sauger: _____
- Nahrungspumpe
- Sonstiges _____

• **Mobilität**

- altersentsprechend

Besondere Hilfsmittel:

Motorik:

- hyperton
- hypoton
- spastisch

Besondere Lagerungshilfsmittel:

2.2 Ruhen/ Schlafen

Besonderheiten:

2.3 Kommunikation

Besonderheiten:

2.4 Beschäftigung

Besonderheiten:

3. Symptombeschreibung

- Allgemeines Befinden

Symptom	nein	ja	nicht beurteilbar	leidvoll	Kommentar
Müdigkeit					
Schlafstörungen					
Schwäche					

- Symptome im gastrointestinalen Bereich

Symptom	kein	leicht	mittel	stark	nicht beurteilbar	leidvoll	Kommentar
Appetitmangel							
Mundtrockenheit							
Schluckbeschwerden							
Blutungen							
Mucositis							

Symptom	0	1	2	3	4	leidvoll	Kommentar
Übelkeit WHO Klassifikation							
Erbrechen WHO Klassifikation							
Obstipation WHO Klassifikation							
Diarrhoe WHO Klassifikation							
	nein	ja					
Kachexie WHO Klassifikation							

- Symptome bei Harnausscheidungsstörungen

Symptom	kein	leicht	mittel	stark	leidvoll	Kommentar
Harnverhalt						
Ödeme						

- Symptome im neurologischen Bereich

Symptom	kein	leicht	mittel	stark	leidvoll	Kommentar
Schwierigkeiten bei Bewegung						
Spastik						
Myoklonien						



Symptom	nein	ja	fokal	genera- lisiert	leidvoll	Kommentar
Krampfanfälle						

Symptom	kein	leicht	mittel	stark	leidvoll	Kommentar
Unruhe						
Somnolenz						

Symptom	kein	leicht	mittel	stark	nicht beurteilbar	leidvoll	Kommentar
Desorientiertheit/ Verwirrtheit							
Kribbelen/ Taubheits- gefühl in Händen/ Füßen							
Hirndruckzeichen							

- Symptome im emotionalen Bereich

Symptom	nein	ja	nicht beurteilbar	leidvoll	Kommentar
Angst					
Konzentrations- schwierigkeiten					
Anspannung, Aufregung, Nervosität, Reizbarkeit					
Traurigkeit, Antriebsarmut					

- Symptome der Atemwege

Symptom	kein	leicht	mittel	stark	leidvoll	Kommentar
Dyspnoe						
Apnoen						
Cyanose						
Husten						
Hypersekretion/ -salivation						
Rasseln						
Hämaptoe						

- Symptome der Hämatopoese

Symptom	kein	leicht	mittel	stark	leidvoll	Kommentar
Manifeste Blutungen						
Hämatome						
Petechien						
Blässe						

- Symptome bei Hautaffektion

Symptom	kein	leicht	mittel	stark	nicht beurteilbar	leidvoll	Kommentar
Juckreiz							
Schwitzen							
Ekzeme							
Wunden							

Symptom	0	1	2	3	4	leidvoll	Kommentar
Dekubitus (nach Seiler)							

- Veränderung der Körpertemperatur

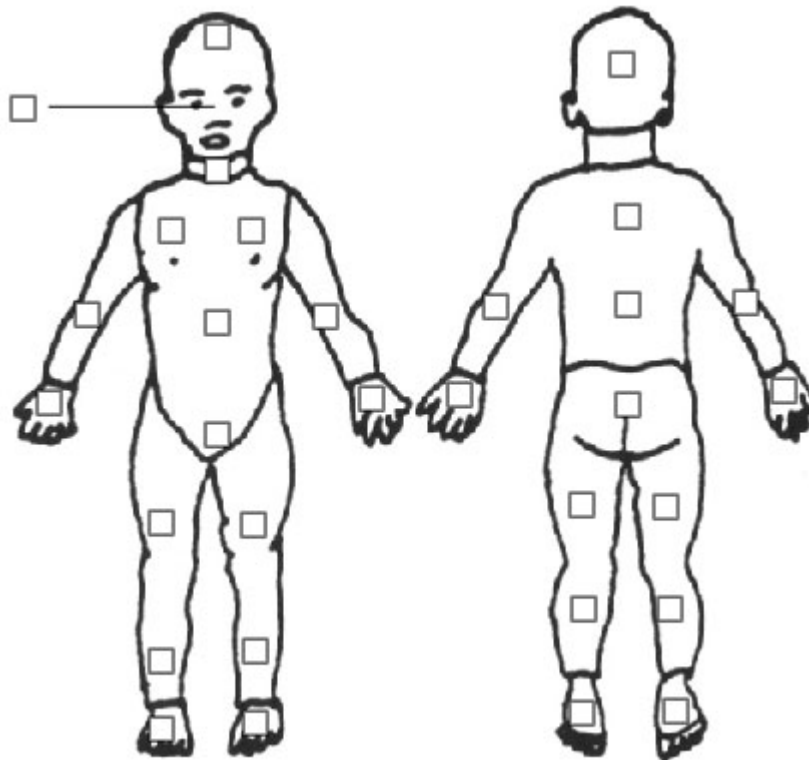
Symptom	kein	leicht	mittel	stark	leidvoll	Kommentar
Fieber						
Temperaturschwankungen						
Hypothermie						

4. Schmerzen

Intensität der Schmerzen in den letzten 24 Stunden						
Eingeschätzt durch <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Andere:						

Schmerzcharakter	<input type="checkbox"/> dumpf	<input type="checkbox"/> pulsierend	<input type="checkbox"/> spitz, stechend	<input type="checkbox"/> brennend
	<input type="checkbox"/> einschließend	<input type="checkbox"/> krampf-/kolikartig	<input type="checkbox"/> andere	
Zeitliche Charakteristik	<input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> dauernd mit aufgesetzten Attacken			
	<input type="checkbox"/> Einzelperiode <input type="checkbox"/> wiederholt ohne Rhythmik <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> nur bei körperlicher/seelischer Belastung			
	<input type="checkbox"/> andere			
Welche Dinge und Tätigkeiten lindern den Schmerz:				
Welche Dinge und Tätigkeiten verstärken den Schmerz:				

Lokalisation der Schmerzen:





Weitere wichtige Informationen

Ort, Datum

Unterschrift



Therapieplan

Basismedikamente

Medikament	Dosierung	Form der Applikation	Morgens	Mittags	Nachmittags	Abends	Nachts

Derzeitig abgeprochenes Vorgehen in Krisen- und Notfallsituationen



Checkliste

per Fax an Koordinierungsbüro 0511-532-168980

Für PatientIn

Datum

Geburtsdatum:	Überleitungsdatum:

	bitte anfordern	erledigt / bereits vorhanden
Pflegebett		
Therapiematratze <ul style="list-style-type: none"> • Antidekubitusmatratze • Sonstige 		
Ernährungspumpe		
Beatmungsgerät		
Infusionspumpe/Injektomat		
Rollator/Rollstuhl		
Toilettenstuhl		
PCA-Pumpe		
Lagerungshilfen		
Lifter (Badewanne)		
Absauggerät		
Sauerstoffkonzentrator		
Sauerstoffbombe		
Sonstiges		