

Zentraler Überleitungsbogen

Allgemein (graue Bereiche sind für den ärztlichen Bereitschaftsdienst auszufüllen)

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Straße:	Ort:	Tel.:
Krankenkasse:	Hausarzt:	
Betreuer/in:	Kontaktpflegekraft:	
Pflegestation:	Gesetzlicher Betreuer (Name, Anschrift, Tel.):	

Pflegestufe 1 2 3 Keine Beantragt am:

Wohnen Zuhause mit Angehörigen Allein lebend
 Betreutes Wohnen Pflegeheim Wohnungsschlüssel übergeben

Vorsorgebevollmächtigter:

Persönliche Ansprechpartner/Angehörige:

Bisherige Hilfe-/ Pflegeübernahme durch:

Besuchsanlass:

Ausweise/ Hilfsmittel	Arzt	Pflege	Arzt	Pflege
Krankenkassen-Chipkarte		<input type="checkbox"/>	Personalausweis	<input checked="" type="checkbox"/>
Schrittmacherausweis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetikerausweis	<input type="checkbox"/>
Marcumapass		<input type="checkbox"/>	Allergiepass	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht		<input type="checkbox"/>	Hörgerät <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/>
Palliativ-Information	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnprothese oben /unten	<input type="checkbox"/>

Wertsachen:

Freiheitsentziehende Maßnahmen Ja Kopie als Anlage beigelegt

Vitalwerte:

Diagnosen (Kopie aus Akte oder Ausdruck)

Letzter Krankenhausbericht (Kopie aus Akte oder Ausdruck)

Medikamentenplan: Dauermedikamente Bedarfsmedikation ggf. Spritzenplan (z. B. Insulin)

Dokumentenchek: (als Kopie oder Ausdruck zum mitgeben!)

Ausgefüllte Checkliste Diagnosen, Medikamentenplan, letzter Krankenhausbericht

SPEZIELL

Übergebende Einrichtung:

Bekannte Vorerkrankungen: Siehe Anlagen

Zusatzinformationen MRE* Ja Nein Nicht bekannt

Allergien/ Unverträglichkeiten: Ansteckende Krankheit:

Sucht Medikamente Alkohol/ Drogen

Kommunikation Ohne Einschränkungen Ja Nein

Schwerhörigkeit Verstehen Sprechen Schreiben Lesen

Starke Sehschwäche Blindheit Verwirrtheit Alzheimer/ Demenz

Besonderes:

Mobilität Selbstständig Eingeschränkt Immobil

Hilfe bei Lagerung Transfer Sitzen Gehen

Besondere Sturzgefährdung:

Dekubitus/ Wunden/ Verbände Ja Nein Siehe Wundprotokoll

Körperpflege Selbstständig Mit Hilfe Muss übernommen werden

Besonderheiten (besondere Hautpflege, Abwehrverhalten...):

Übernehmende Einrichtung: Datum:

Essen Isst allein Mit Hilfe Appetit eingeschränkt

Ergänzungsnahrung Kauprobleme Schluckprobleme Sonde Ernährungsprotokoll

Trinken Trinkt allein Mit Hilfe Durstgefühl eingeschränkt

Besondere Ansprechpartner:

Stuhlgang Normal Obstipation Neigt zu Durchfällen

Stuhlinkontinenz Nein Gelegentlich Ja

Letzter Stuhlgang am:

Harn Unauffällig Inkontinent Gelegentlich inkontinent

Letzter Katheterwechsel am: Dauerkatheter

Katheter gezogen am:

Stoma Colostoma Ileostoma Urostoma

Betreuung durch Stomatherapeut:

Weitere Informationen an das Pflegeteam: