

-Patientenaufkleber-	<u>Pflegebedingte Diagnose/n (Text, ggf. ICD):</u> <u>Ärztliche Diagnosen:</u>
Einschränkung/Schädigung, die die tägliche Lebensführung und Aktivität in besonderem Masse beeinträchtigen (Warum wird personelle Hilfe benötigt?): Handelt es sich um einen Dauerzustand? (voraussichtlich länger als 6 Monate) JA NEIN	Rückruf dringend erforderlich: Name: Tel.:

Entlassung/Überleitung am: _____

An: **Pflegeheim** **Ambulanten Pflegedienst** **Krankenhaus** **Sonstige Einrichtung:** _____

I Soziale Aspekte

Alleinlebend	gesetzlicher Betreuer	Betreuung durch Angehörige	Patientenverfügung liegt vor; Stand: _____	
Gesetzlicher Vertreter/Betreuer		Bevollmächtigter	Name: _____ Anschrift: _____	
Gesetzlicher Betreuer: Name: Anschrift: Tel.-Nr. Mobil:		Angehöriger: Name: Anschrift: Tel.-Nr. Mobil:		
Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):		Bezugspflegerperson (Name, Telefonnummer):		
Behandelnder Arzt:	Pflegebereitschaft der Angehörigen: ja nein nicht in der Lage			
Adresse:	Pflegegradbestimmung beantragt? Nein			
Tel.:	ja, am _____ bewilligt, Grad:			
	selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Interaktion mit Personen in direkten Kontakt				

TF1 Orientierung/Psychie (Kognition, Kommunikation, Psyche, Verhaltensweisen)

Dauerzustand (mind. 6 Monate)	ja	nein				Bemerkungen:
			vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Persönliche Orientierung						
Zeitliche Orientierung						
Örtliche Orientierung						
Situative Orientierung						
Kommunikation aktiv						
Gehör Hilfsmittel:						
Sehen Hilfsmittel:						
Sprachverständnis						
Verstehen von Sachverhalten und Informationen						
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)						
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)						
Hinlauffähigkeit Sonstiges: s. Anhang für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz / Demenz						

Bewußtseinslage:	wach	ansprechbar	somnolent	komatös
Schlaf:	ungestört	Schlafstörungen	nächtliche Unruhezustände	Besonderheiten (z. B. Hilfen, Gewohnheiten):
Freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich:	ja	nein		

TF2 Bewegung/Lagerung (Mobilität)

Dauerzustand (mind. 6 Monate)	ja	nein				
	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen	
Gehen						
Stehen						
Umsetzen (Transfer)						
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)						
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)						
Beweglichkeit:	aktiv	passiv	Bettlägerig	nein	ja	
Erforderliche Hilfsmittel:	Unterarmgehstütze	Gehstock	Rollator	Toilettenstuhl	Sonstiges:	
	Rollstuhl					

TF3 Körperpflege (Selbstversorgung)


Dauerzustand (mind. 6 Monate)	ja	nein				
	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen	
Waschen OK						
Waschen UK						
Duschen / Baden						
Mundpflege						
Zahnpflege						
Zahnprothese	OK	UK				
Rasieren	trocken	nass				
An- / Auskleiden OK						
An- / Auskleiden UK						
Hautbeschaffenheit:	intakt	trocken	Sonstiges:			
Pflegemittel:						

TF4 Ernährung (Selbstversorgung)

Kostform:	Sondenkost	Parenterale Ernährung	PEG	PEJ	Tägliche Menge Flüssigkeit in ml:	
	Kalorienzufuhr in kcal:	Kalorienzufuhr in kcal:			Flüssigkeitsbilanzierung	ja
	Tägliche Menge in ml:	Tägliche Menge in ml:			nein	
	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen	
Essen						
Trinken						
mundgerechte Zubereitung:	JA	NEIN	Hilfsmittel:			
Letzte Mahlzeit (Datum, Uhrzeit): _____						

Spezielle Pflegeaspekte

Dekubitus	nein	ja (Lokalisation s. Grafik)	Grad/Größe: _____	
Gefahr laut Norton-/Braden-Skala:				

Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): Versorgung: selbständig mit Hilfe			
Pilzinfektion Nein ja, Lokalisation:			
Allergien: nein ja und zwar:	Ansteckende Krankheiten: nein ja und zwar:	Letzte Thorax-Röntgen-Untersuchung	
Lebensmittelunverträglichkeit			
Bisherige Versorgung			

TF4 Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung: nein ja		Körpergewicht:		Körpergröße:	
Hilfsmittel: nein ja		Toilette	Toilettenstuhl	Urinflasche	Steckbecken
Harninkontinenz: nein gelegentlich ja		Stuhlinkontinenz: nein gelegentlich ja		Colostomie	
Transurethraler Harnblasenkatheter		abgeführt am: _____			
Suprapubischer Harnblasenkatheter					
CH: _____					
Gelegt / gewechselt am:		normal	neigt zu Verstopfung	neigt zu Durchfällen	digitale Ausräumung
	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen	Bemerkungen
Aufsuchen einer Toilette					
Umgang mit Folgen Urininkontinenz					
Umgang mit Folgen Stuhlinkontinenz					
Stomaversorgung					
Intimpflege					
Richten der Bekleidung					

Legende:
 S = Selbstständig (Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmiteinsatz)
 U/A = Unterstützung / Anleitung (Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich)
 TÛ = Teilübernahme (Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende personelle Hilfe)
 VÛ = Vollübernahme (Aktivität unselbständig, wird fremd übernommen)

Medikation

oral	parenteral				
Bedarfsmedikation:					
Besonderheiten der Applikation mit Süßspeise:					
Einnahme: selbständig		Bereitstellen der Tagesration		Überwachung der Einnahme	
letzte Medikation: morgens		mittags		abends	
				Uhrzeit:	
Insulin nein		ja			
Art:					
Verabreichung per: Spritze		Pen		Insulinpumpe	
selbständig möglich		mit geringer punktueller Hilfe		mit überwiegend professioneller Hilfe	
				unselbständig, wird fremd übernommen	
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):					

Bisherige Therapie / Sonstiges		Hinweis für den Krankentransport: s. Verfahrenshinweise
Krankengymnastik Herzschrtrittmacher	Ergotherapie letzte Kontrolle am: _____ Logopädie	
Sonstiges: Dialyse Beatmung Tracheostoma Portversorgung		Schutzklasse 1 Schutzklasse 2
Besondere Auffälligkeiten: Unruhezustände Ängste Aggressives/abwehrendes Verhalten andere Verhaltensweisen:		Schutzklasse 3 Schutzklasse 4 keine Schutzmaßnahmen erforderlich

Telefon-Nr.:

Datum: _____ Unterschrift der Pflegefachkraft _____

Anhang für die Pflegeüberleitung von Menschen mit Demenz

Name des Patienten/der Patientin:

Orientierung / Psyche (einschl. Tagesablauf) neigt zu akuten Verwirrheitszuständen leidet unter zwanghaftem und Wahnhaftem Verhalten leidet unter motorischen Unruhezuständen, Angst, Aggressionen, Missstimmungen ungezieltes, ständiges Sprechen Selbst- und Fremdgefährdung zeigt Hinlauftendenzen schmiert mit Kot leidet unter Störungen des Tag- / Nacht-Rhythmus Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit ist erforderlich ist depressiv hat ein niedriges Selbstwertgefühl fühlt sich überflüssig kann den Tagesablauf nicht selbständig gestalten	Kommunikation Sprache undeutlich Sprache verwaschen Wortfindungsstörungen spricht mit reduziertem Wortschatz, monotones Singen, Rufen spricht erniedrigend, abwertend keine sprachliche Verständigung möglich konfabuliert (Gedächtnislücken werden mit Worten gefüllt) deutliche Mimik und Gestik undeutliche Mimik und Gestik ist stark verunsichert (Angst / Panik) eingeschränktes Konzentrations/Erinnerungsvermögen hat Gedankensprünge
Wahrnehmung der Sinne: ist schwerhörig ist kurzsichtig ist weitsichtig akzeptiert / benutzt Hilfsmittel	Wahrnehmungseinschränkung Wärme Kälte visuell
Ernährung (Essen u. Trinken) kann nicht alleine essen sieht die Notwendigkeit, zu essen, nicht ein kann nur passierte Kost zu sich nehmen kann nicht alleine trinken sieht die Notwendigkeit, zu trinken, nicht ein hat Kau- und Schluckstörungen weil: _____ isst und trinkt unter Anleitung und nach Aufforderung isst sehr langsam gestörtes Essverhalten verweigert die Nahrungsaufnahme	Ausscheidungen kann durch Gestik / Mimik Bedürfnis mitteilen lehnt Hilfsmittel ab findet die Toilette nicht beruhigende Gespräche bei der Durchführung der Toilettengänge
Bewegung / Lagerung Gleichgewichtsstörungen Sturzgefahr / Hüftprotektoren läuft mit trippelndem Gang akzeptiert / benutzt Hilfsmittel	Körperpflege / Kleiden Notwendigkeit von Wäschewechsel wird nicht eingesehen Selbständige Wahl der Kleidung nicht möglich Häufiges Auskleiden aufgrund von Desorientierung An-/Auskleiden nur mit Hilfe möglich
Ressourcen ist einsichtig arbeitet aktiv mit kann mit Hilfe stehen / gehen akzeptiert Unterstützung durch die Pflegekräfte	
Sonstige wichtige Informationen _____	Vorlieben / Abneigungen _____
