

# Überleitungsbogen für Menschen mit Behinderungen



<b>Entlassung/Überleitung am:</b>		<b>Patient/Bewohner (Name, Vorname)</b>		<b>Prophylaxen</b>	
Von:	An:			<input type="checkbox"/> Dekubitus	
Einweisungsdiagnose:		Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> Kontrakturen	
		Strasse:		<input type="checkbox"/> Sturzgefährdet	
		PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Absauggerät <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät
		Familienstand:		<input type="checkbox"/> Verstopfung	
Vorerkrankungen/Allergien:		Nationalität:		Letzter Stuhlgang am:	
		Religion:		Stuhlregulierung mit:	
		Telefon:		Kontinuierliche Überwachung notwendig: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
		Krankenkasse:		Bettgitter notwendig: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Kontaktpersonen:</b>		Selbstzahler: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Fixierung notwendig: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Angehörige/Verwandtschaftsgrad:</b>		Pflegestufe: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		Anordnung Arzt/Fixierungsprotokoll <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Name: _____ Telefon: _____				Weglaufenden <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Wohnheim:</b>		<b>Persönlichkeitsbeschreibung</b>		Suizidalität <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Name: _____ Telefon: _____				Helm <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Betreuung:</b>					
gerichtl. bestellter Betreuer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				<b>Hautzustand</b> <input type="checkbox"/> Intakt <input type="checkbox"/> Trocken	
Name: _____				<input type="checkbox"/> Hämatome <input type="checkbox"/> Wunden	
Tel.: _____				<input type="checkbox"/> Ausschlag <input type="checkbox"/> Dekubitus:	
<b>Patientenverfügung:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				<b>Medikamente</b>	
<b>Vorsorgevollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> abgegeben an Station	
Aufnahme von:				Medikamentenplan abgegeben: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> von Zuhause <input type="checkbox"/> Wohnheim: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				Wo:	
amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> liegt vor	
MRSA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				marcumarpfl. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> liegt vor	
				Letzte Medikamenteneinnahme:	
		<b>Besondere Maßnahmen</b>			
<b>Hausarzt/Facharzt</b>		(z.B. Musik, Einschlafsituation, Bettwäsche, Rituale...)		<b>Schmerzempfinden</b>	
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Einweisender Arzt</b>					
<b>Lebenssituation/Wohnsituation</b>					
<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> lebt in der Familie					
<input type="checkbox"/> lebt im Wohnheim / betreutes Wohnen					
Pflegedienst:				<b>Legende:</b>	
				s = selbständig e = eingeschränkt a = abhängig	
				OK = Oberkiefer UK = Unterkiefer	

<b>Kommunikation</b>		<b>Körperpflege</b>		s e a	<b>Raum und Zeit gestalten</b>	
<input type="checkbox"/> selbständig (verbal)		Waschbecken <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Beruf: <span style="float: right;">s e a</span>	
<input type="checkbox"/> eingeschränkt		Dusche <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Freizeit/Hobby: <span style="float: right;">s e a</span>	
<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel:		Vollbad <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Beschäftigung: <span style="float: right;">s e a</span>	
<input type="checkbox"/> Sprache:		Haare waschen <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Persönliche Gewohnheiten: <span style="float: right;">s e a</span>	
<input type="checkbox"/> gar nicht		Zähne putzen <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Umgangsformen: <span style="float: right;">s e a</span>	
		Prothese reinigen <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Sonstiges: <span style="float: right;">s e a</span>	
		Rasieren <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Religiöse Besonderheiten:	
Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		Kämmen <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Krankensalbung erfolgt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Taubheit		Nagelpflege <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			<b>VOM KRANKENHAUS AUSZUFÜLLEN:</b>	
Sehprobleme <input type="checkbox"/> Sehend <input type="checkbox"/> blind		Hautpflege <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			<b>Begleitung und Betreuung durch:</b>	
Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktl. <input type="checkbox"/> Glasauge <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Übernahme <input type="checkbox"/> Anleiten			Station gezeigt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> lesen <input type="checkbox"/> schreiben		Besonderheiten:			Licht und Rufanlage erklärt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
					Sturzprävention → Kanten etc. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
					Hinweis zu Wertsachen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
					Duschsicherheit (Verbrennungsgefahr) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
					Maßnahmen zur Sicherheit:	
					<b>Angaben zur Behandlung</b>	
					Anschlussversorgung:	
Wahrnehmungs- und/oder Sensibilitätsstörungen?					Wiedervorstellung am:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					Veränderungen während des Aufenthaltes:	
<b>Mobilität</b>		<b>Wach sein und schlafen</b>		s e a	<b>Medizinische Besonderheiten</b>	
Aufstehen <span style="float: right;">s e a</span>		nächtliches Aufstehen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Schmerzen:	
Gehen <span style="float: right;">s e a</span>		Lagerung:			Anfall:	
Gehhilfe/Rollstuhl <span style="float: right;">s e a</span>		Schlafmittel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> jawas:			psych. Schübe:	
Toilettengang <span style="float: right;">s e a</span>		Unruhezustände <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Medikamentenumstellung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Sitzen auf Stuhl <span style="float: right;">s e a</span>		Begleitperson:			Arztbrief: <input type="checkbox"/> an Hausarzt <input type="checkbox"/> ausgehändigt <input type="checkbox"/> wird nachgeschickt	
Beweglichkeit im Bett <span style="float: right;">s e a</span>		<b>Ausscheidung</b>		s e a	Medikamentenversorgung sichergestellt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Lagerung im Bett <span style="float: right;">s e a</span>		neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Hilfsmittel <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> verändert:	
Besonderheiten		aktueller Durchfall <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Hilfebedarf <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> verändert:	
		Abführmittel (Stoma, Katheter etc.):				
		Inkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Urin			Pflege sichergestellt durch:	
		bisherige Maßnahmen:			Betreuungsperson angeleitet:	
		vaginale Ausscheidung:				
		letzte Periode:				
		Besonderheiten:				
<b>Essen und Trinken</b>					<b>Pflegerische Besonderheiten</b>	
Appetit <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keiner					Waschen und Kleiden:	
Kost/Diät:		<b>Atmen</b>		s e a	Hautzustand:	
Abneigung:		<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Rauchen (Menge/Tag )			Kommunikation:	
Schluckbeschwerden/-probleme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> Dyspnoe-Ruhe <input type="checkbox"/> -belastung			Ernährung:	
<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, kg <input type="checkbox"/> -zunahme, kg		O <sup>2</sup> l/min			Schlafen:	
Zeit: _____		absaugen notwendig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Ausscheidungen:	
<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PEG (was, Menge, Intervalle):		Inhalation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Atmung:	
		Asthma: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Sicherheit:	
Zahnprothese: <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Voll- <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> UK <input type="checkbox"/> Voll- <input type="checkbox"/> Teil-					Anmerkungen	