

Verlegung in / nach

Ev. Krankenhaus „Gottesfriede“ Woltersdorf
Chefarzt Dr. med. F. Naumann
Schleusenstr. 50
15569 Woltersdorf
Fax: 03362/ 779-209
h.scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de

Absender:

Patientenüberleitung

Name des Patienten:

Größe: cm

BMI:

Geburtsdatum:

Gewicht: kg

Anschrift:

Patientenverfügung vorhanden:

Diagnosen: _____ Pflege-relevante Harninkontinenz (s.u.)
_____ Diagnosen: Stuhlinkontinenz (s.u.)
_____ Offene Wunde(n) (s.u.)
_____ Schluckstörung (s.u.)
_____ _____
_____ _____
_____ _____

Soziale Situation:

Wohnung:

Allein lebend

Etage: _____

Fahrstuhl

Mitbewohner:

Stufen: ____

Unterstützung durch:

Pat. steht unter Betreuung. Betreuer: _____ Betreuung beantragt:

Pflegestufe: _____ Pflegestufe beantragt:

Bezugsperson(en): _____

Kooperationspartner im Gesundheitsmanagement:

Weitere Partner (z.B. Fachärzte, Therapeuten):

Hausarzt: _____

Pflegedienst / Heim : _____

Orientierung

ungestört:

Probleme:

Demenz (s.u.)

Kommunikation

ungestört:

Hörgerät:

Brille:

Aphasie

andere Sprach- / Sprechstörung

Tracheotomiekanüle Größe: _____

gewechselt am _____

Mitgeführte Papiere und Wertsachen:

Mobilität

Vorhandene Hilfsmittel:

Alltagsaktivitäten

Vorhandene Hilfsmittel: Zahnprothese oben unten

BARTHEL – Index **Summe: _____ Punkte**

Bett / Rollstuhl-Transfer (unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), erhebliche Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

Fortbewegung Ebene (unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), Rollstuhl-mobil (5), nicht selbstständig (0)) _

Treppensteigen (steigt unabhängig eine Treppe (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

Essen (unabhängig (10), benötigt etwas Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

An- und Auskleiden (unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

Waschen (unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen (5), nicht selbstständig (0)) _

Baden (unabhängig bei Voll- und Duschbad (5), nicht selbstständig (0)) _

Toilettenbenutzung (unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0)) _

Stuhlkontinenz (Stuhlkontrolle (10), Inkontinenz max. 1/Woche (5), häufige Inkontinenz (0)) _

Urinkontinenz (Urinkontrolle, ggf. DK (10), Inkontinenz max. 1/Tag (5), häufige Inkontinenz (0)) _

Ernährung / Schlucken

Kostform:

Trinkmenge überprüfen

PEG vorhanden Ch: __ gelegt am _____

Ausscheidung

letzter Stuhlgang:

DK transurethral Ch: __ gewechselt am _____

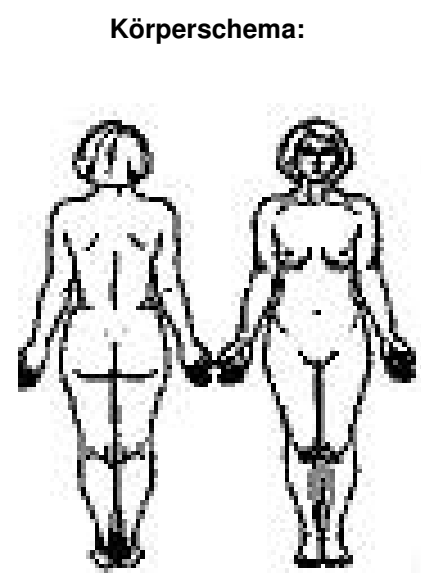
 suprapubisch Ch: __ gewechselt am _____

Enterostoma Gr: __ gewechselt am _____

Wunden:

Weitere Angaben:
(z.B. auch Hautzustand, Risiken, Schlafstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Interessen und Vorlieben)

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Beiblatt anfügen!



Ich bin mit der Weitergabe dieser Daten einverstanden

_____ Datum Unterschrift _____ Datum Unterschrift Patient / Betreuer

Anlagen: Ärztlicher Bericht / Epikrise Therapiebericht/e _____

Beiblatt Ernährung Beiblatt Wundversorgung _____

Beiblatt Medikamente Beiblatt Sturzrisiko _____