

Verlegung in / nach
Ev. Krankenhaus „Gottesfriede“ Woltersdorf
Fachklinik für Innere Medizin / Geriatrie
Chefarzt Dr. med. Frank Naumann
Schleusenstr. 50
15569 Woltersdorf

Tel: 03362/ 779-222
Fax: 03362/ 779-333

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

Tracheostoma Ch: _____ gewechselt am _____

sonstiges:

Mitgeführte Papiere und Wertsachen:

Mobilität

Vorhandene Hilfsmittel:

Alltagaktivitäten

Vorhandene Hilfsmittel: Zahnprothese oben unten

Hamburger Manual zum Barthel – Index **Summe: _____ Punkte**

Essen	(unabhängig (10), benötigt etwas Hilfe (5), nicht selbstständig/ MS/ PEG (0))	_
Aufsetzen & Umsetzen	(selbstständig (15), geringe Hilfe (10), erhebliche Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
Sich Waschen	(unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen (5), nicht selbstständig (0))	_
Toilettenbenutzung	(unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
Baden / Duschen	(unabhängig bei Voll- und Duschbad (5), nicht selbstständig (0))	_
Aufstehen & Gehen	(unabhängig ohne HM (15), unabhängig mit HM (10), mit Hilfe (5), n. selbstst. (0))	_
Treppensteigen	(steigt unabhängig eine Treppe (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
An- und Auskleiden	(unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
Stuhlkontrolle	(Stuhlkontrolle (10), Inkontinenz max. 1/Wo. (5), häufige Inkontinenz (0))	_
Harnkontrolle	(Harnkontrolle, 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:

Infektionen:

MRSA

ESBL

Clostridien

Diarrhoe

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

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Beiblatt anfügen!

Psychische Verhaltensauffälligkeiten:

Verwirrtheit

Gestörter Tag-/ Nachtrhythmus

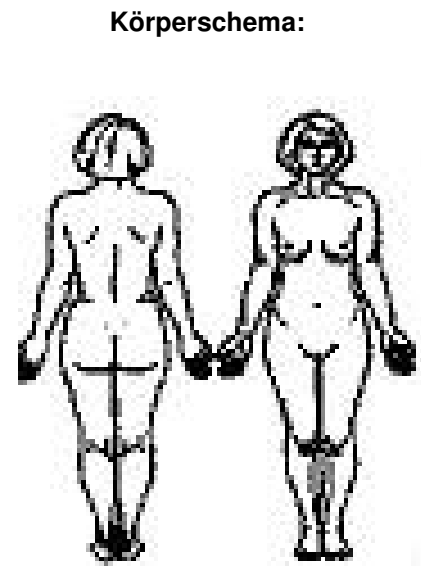
Umtriebigkeit/ Unruhe

aggressives Verhalten

Weglauftendenzen

starke Erregungszustände

Sonstige Auffälligkeiten:



Ich bin mit der Weitergabe dieser Daten einverstanden

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift Patient / Betreuer

- Anlagen:**
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher Bericht / Epikrise | <input type="checkbox"/> Therapiebericht/e | <input type="checkbox"/> Beiblatt Beatmung |
| <input type="checkbox"/> Beiblatt Ernährung | <input type="checkbox"/> Beiblatt Wundversorgung | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Beiblatt Medikamente | <input type="checkbox"/> Beiblatt Sturzrisiko | <input type="checkbox"/> _____ |