

Verlegungsbericht

Pflegerischer Verlegungsbericht an _____

- Alten- oder Pflegeheim Kurzzeitpflege anderes Krankenhaus Rehabilitationseinrichtung
 Angehörige/ Betreuer amb. Pflegedienst andere Station Sonstige _____

Verlegungsdatum: _____

von Station _____ Telefon: _____ Pflegefachkraft: _____

Patientendaten

oder Patientenaufkleber

Vor-/ Zuname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Geb.-Datum: _____

Angehörige, Betreuer

Hausarzt / Facharzt

Vor-/ Zuname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Pflegestufe: 1 2 3 3 Härtefall nein beantragt

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 nein beantragt

Vorsorgevollmacht: ja nein nicht bekannt wird nachgereicht

Betreuungsurkunde: ja nein nicht bekannt wird nachgereicht

Patientenverfügung: ja nein nicht bekannt wird nachgereicht

Persönliche Hilfsmittel *Nicht zutreffendes streichen

Rollator Rollstuhl Zahnprothese (oben, unten*) Prothese _____

Brille Gehstock Hörgerät (rechts, links*) Hausnotruf O₂ Gerät

Sonstige _____

Beantragte Hilfsmittel

Ansprechpartner

Hilfsmittel: _____

Sanitätshaus: _____

Lieferung am: _____

Mitgegebene Unterlagen

Krankenversicherungskarte Befreiungskarte Allergiepass Antikoagulantienausweis

Schrittmacher Ausweis letzter KH-bericht Einweisung Pflegeüberleitung

Medikamentenplan Medikamente für ____ Tage Insulinplan Sanierungsplan

Foto-/Wunddokumentation Demenzüberleitungsbogen Arztbrief

Besonderheiten

Schmerzpumpe Port Antikoagulantien

Schrittmacher O₂ pflichtig Allergien _____ Sonstiges _____

freiheitsentzieh. Maßnahmen / Art _____ Genehmigung liegt vor

ansteckende Krankheiten _____

Bearbeitung	Freigabe	Datum	Änderungszustand	Verteiler	Seite
		23.03.2016	1. Entwurf	Alle Mitarbeiter	Seite 1 von 3

Verlegungsbericht

Schmerzerfassung

- Liegen zurzeit schmerzbedingte Probleme vor? nein ja, wenn ja, welche? _____
Lokalisation: _____
- Schmerzintensität Angabe durch Selbsteinschätzung (NRS= Numerische Schmerzskala 0-10): _____
- Schmerzintensität Angabe durch Fremdbeobachtung, was wurde beobachtet (z.B.: BESD)

- BTM Pflaster _____ letzter Wechsel _____

Bewusstsein und Beeinträchtigungen

- Sehbehinderung blind schwerhörig taub
- orientiert desorientiert bewusstlos somnolent
- zeitweise orientiert geistige Behinderung antriebslos/gedrückte Stimmung
- herausforderndes Verhalten Dementielle Entwicklung nein
- ja (*Demenzüberleitungsbogen*)
- unruhiger Schlaf Tag-/ Nachtrhythmus gestört

Bewegen

- mobil Teilmobil Sturzneigung bettlägerig
- | | Selbstständig | Teilübernahme | Vollübernahme |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bettkante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschbecken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zimmerebene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stationsebene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Waschen und Kleiden

- | | Selbstständig | Teilübernahme | Vollübernahme | Waschbecken | Bettkante | im Bett |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Essen und Trinken

- | | Selbstständig | Bezugsperson | Kostform: _____ |
|------------------------------------|---|---|---|
| Verpflegung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Essen auf Räder |
| Haushalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Einkauf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Nahrungsaufnahme: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Teilübernahme | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |
| | <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> passierte Kost | <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung |
| Art / Menge der Flüssigkeit: _____ | | | |
| Flüssigkeitsaufnahme: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> zum Trinken anhalten | <input type="checkbox"/> anreichen |
| | <input type="checkbox"/> andicken | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Magensonde |
| | CH: _____ | Anlage vom: _____ | VW: _____ |
| Größe: _____ | Gewicht: _____ | BMI: _____ | |

Bearbeitung	Freigabe	Datum	Änderungszustand	Verteiler	Seite
		23.03.2016	1. Entwurf	Alle Mitarbeiter	Seite 2 von 3

Verlegungsbericht

Insulin

- ja nein Spritze Pen Insulinpumpe
 selbstständig mit Anleitung vollständige Übernahme
 Präparat _____
 Insulineinheiten nach Wert / siehe Insulinplan feste Insulineinheiten
morgens _____ mittags _____ abends _____ sonstiges _____

Dekubitus / Wunde

- nein ja Kategorie _____ Lokalisation _____

Hautbeschaffenheit

- intakt schuppig trocken feucht
 Sonstiges _____ Pflegemittel _____

Mundschleimhaut

- intakt trocken belegt Pilzbelag
 Sonstiges _____ Pflegemittel _____

Ausscheidungen

- Flüssigkeitsbilanzierung ja nein
Gewichtskontrolle ja Häufigkeit _____
Urininkontinenz ja nein
Stuhlinkontinenz ja nein
Stoma ja System _____
Stuhlgang regelmäßig ja nein abgeführt am: _____
Hilfestellung bei Ausscheidungen ja nein
 Toilette Steckbecken Toilettenstuhl
 Dauerkatheter CH: _____
 suprapubischer Katheter VW: _____ letzter Wechsel _____

Atmung

- Mit Einschränkung ja nein Raucher O₂ pflichtig ja nein
 O₂ Gerät vorhanden L / MIN: _____ in Ruhe L / Min _____ bei Belastung
Besonderheiten: _____

Ergänzende Bemerkungen

Ort, Datum

Pflegfachkraft (in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Bearbeitung	Freigabe	Datum	Änderungszustand	Verteiler	Seite
		23.03.2016	1. Entwurf	Alle Mitarbeiter	Seite 3 von 3