

2. Pflegeperson erforderlich:	nein	ja
Sonstiges: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

5. Ernährung	
Kostform: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	kcal: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name der Sondenkost: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	BMI = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bevorzugte Lebensmittel: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abneigung gegen folgende Nahrungsmittel: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: nein ja, bei(m) ...: Vorbereitung / Anleitung / Beaufsichtigung anreichen
Sondentyp: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gelegt am: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trinkverhalten: selbständig anregen zum Trinken anreichen
tägl. Menge: Sondenkost <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml, Tee <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml Verabreichung per: Ernährungspumpe Spritze Schwerkraft	tägliche Trinkmenge: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml

6. Ausscheidungen			
Flüssigkeits-bilanzierung:	nein	ja	Gewichtskontrolle
Hilfestellung:	nein	ja	Toilette Nachtstuhl Urinflasche Steckbecken
Anus praeter:	Versorgung:		selbständig teilweise selbständig unselbständig
Versorgungssystem: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Versorgung bei Harninkontinenz (Inkontinenzprodukte / Art / Größe): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Versorgung bei Stuhlinkontinenz (Inkontinenzprodukte / Art / Größe): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Unverträglichkeit von Inkontinenzprodukten (Art / Größe): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Sekret / Erbrechen:	nein	ja	gelegentlich
Besonderheiten: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

7. Bewegung / Lagerung					
	selb-ständig	anleiten/ beaufsichtigen	teilweise selbständig	unselb-ständig	Bemerkungen :
Aufstehen:					Prothese: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gehen:					Wegstrecke ca.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gang zur Toilette:					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gebrauch von Gehhilfen:					Art: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gebrauch eines Rollstuhls:					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sitzen im Stuhl:					Dauer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Transfer:	aktiv	halbaktiv	passiv	motorische Unruhe	
Bettlägerig:	ja	nein	Art der Unterstützung bei der Lagerung: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Häufigkeit: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Grund: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Kontrakturen: nein ja, und zwar ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Sturzgefährdet:	nein	ja	Prophylaxe: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2. Pflegeperson erforderlich: nein ja					

8. Schlaf		
ungestört	Schlafstörungen	nächtliche Unruhezustände

Besonderheiten (z. B. Hilfen, Einschlafseite):

Schlafzeiten:

Schlafmittel:

9. Orientierung

Bewusstseinslage:	wach	ansprechbar	somnolent	komatös
zeitlich:	ja	zeitweise	nein	örtlich: ja zeitweise nein
zur Person:	ja	zeitweise	nein	situativ: ja zeitweise nein
Suizidgefährdet:	ja	nein		
kooperativ:	ja	nein		

Bemerkungen:

10. Kommunikation / Beschäftigung

	<u>ohne</u> Einschrän-ku ng(en)	<u>mit</u> Einschrän-k ung(en)	Bemerkungen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Sprache:			Sprachverständnis: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Gehör:			Hörgerät:	rechts	links	dabei nicht dabei
Sehen:			Brille	Lesebrille	Kontakt- linsen	Glasauge rechts links
Schreiben:			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Gewohnheiten:	TV	Radio	Tageszeitung	Zeitschriften	(Hör-) Bücher	Gesellschafts- / Spiele
Anmerkungen zu Gewohnheiten:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

11. Medikation lt. Anordnung des Arztes

Aktueller Medikamentenplan liegt bei:

Bisherige Medikation (oral/parenteral): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Insulinpräparat : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dosierung : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verabreichung per : Spritze Pen Insulinpumpe
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Injektion: Selbständig Angehörige Anleitung Über- nah me
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blutzuckerkontrolle (Häufigkeit) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marcumar : ja nein

Thromboseprophylaxe :

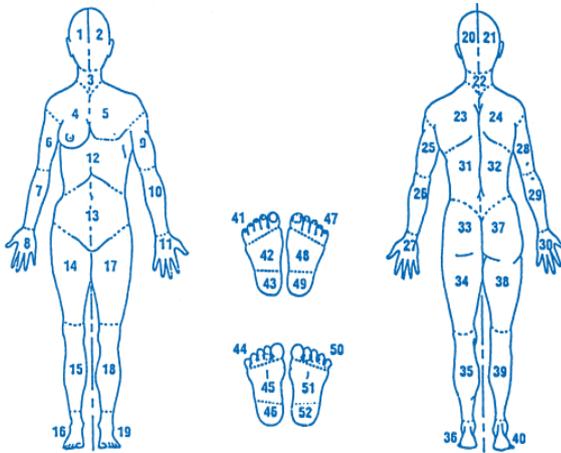
Bedarfsmedikation :

Einnahme : selbständig Bereitstellung der Tagesration Überwachung der Einnahme

12. Multiresistente Erreger

MRE: nein ja Welche? MRE-Bogen liegt bei: nein ja

13. Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen	
Dekubitusrisikoerfassung nach	-Skala
Gefährdungsgrad : □□□□□	Risiko: □□□□□
Dekubitus: nein	ja (Lokalisation siehe Grafik rechts →)
Grad: □□□□□	Größe: □□□□□ Nummer laut Grafik: □□□□□
Versorgung mit: □□□□□	
Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris u. a.): □□□□□	
Versorgung mit: □□□□□	
Pilzinfektion	Lokalisation: □□□□□
Behandlung mit: □□□□□	
Tracheostoma	absaugen Häufigkeit: □□□□□
O2 -Gabe	Menge : □□□□□ Beatmung
Allergien : □□□□□	



14. Bisherige Therapie / Sonstiges			
Krankengymnastik	Ergotherapie	Logopädie	Musiktherapie
Herzschrittmacher	Port	letzte Kontrolle am: □□□□□	Shunt letzte Kontrolle am: □□□□□
Rehabilitation: nein		beantragt bewilligt, Antritt am: □□□□□	
Sonstiges : □□□□□			

15. Überleitungstag: aktueller Pflegezustand / Verlauf		
letzte Mahlzeit : □□□□□	letzter Stuhlgang : □□□□□	Letzte Medikation : □□□□□
Hautzustand am Verlegungstag : □□□□□		
aktuelle Medikation mitgegeben für □□□□□ Tage		

16. Besonderheiten / Weitere Bemerkungen: bei Bedarf bitte nach dem Ausdrucken die Blatt-Rückseite für handschriftliche und leserliche Ergänzungen nutzen!
□□□□□

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Datum : □□□□□ ausgefüllt von : □□□□□