

## ALLGEMEINES KRANKENHAUS HARBURG

**PFLEGE****Überleitungsbogen**

- Krankenhaus → Ambulante Pflege  
 Krankenhaus → Pflegeheim  
 Krankenhaus → Krankenhaus  
 Ambulante Pflege → Krankenhaus  
 Ambulante Pflege → Pflegeheim  
 Pflegeheim → Krankenhaus  
 Pflegeheim → Ambulante Pflege  
 Sonstiges:.....

zutreffendes bitte ankreuzen

**DRK - Sozialstation**

Lühmannstr. 13, 21075 Hamburg, 040 / 790 900 - 0

<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____									
<b>Geburtsdatum:</b> _____	<b>Familienstand:</b> _____									
<b>Anschrift:</b> _____	<b>☎:</b> _____									
<b>Nationalität:</b> _____	<b>Konfession:</b> _____									
<b>Juristischer Betreuer:</b> <small>(Name, Telefon, Anschrift)</small>	<b>☎:</b> _____									
<b>Wirkungskreis:</b> <small>(z.B. Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht, Vermögensfürsorge)</small>										
<b>Einweisender Arzt:</b> <small>(Name, Telefon, Anschrift)</small>	<b>☎:</b> _____									
<b>Hausarzt:</b> <small>(Name, Telefon, Anschrift)</small>	<b>☎:</b> _____									
<b>Ansprechpartner/Bezugsperson / Betreuender Personenkreis:</b> <small>(Angehörige, amb. Dienste, Institutionen, Häufigkeit der Betreuung pro Tag)</small>	<b>☎:</b> _____									
<b>Kostenträger/Krankenkasse:</b> <small>(Name, Telefon, Anschrift)</small>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">DAK</td> <td style="width: 10%;">AOK</td> <td style="width: 10%;">LKK</td> <td style="width: 10%;">BKK</td> <td style="width: 10%;">IKK</td> <td style="width: 10%;">VdAK</td> <td style="width: 10%;">AEV</td> <td style="width: 10%;">Knapp- schaft</td> <td style="width: 10%;">UV</td> </tr> </table> <b>Pflegestufe:</b> _____	DAK	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapp- schaft	UV
DAK	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapp- schaft	UV		

Sonstige ergänzende Angaben (z.B. Zuzahler, Sozialamt usw.):

<b>Anlass der Einweisung:</b>	Arztbrief liegt bei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Diagnosen:</b>	Arztbrief liegt bei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Aktuelle pflegerelevante Vitalzeichen:</b>	Schrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bisheriger Pflegestatus</b> (z.B. 2 x tgl. RR-Kontr. etc.):	
<b>Therapeutische Vorgaben:</b>	Arztbrief liegt bei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfsmittel beantragt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wo: <input type="text" value="KK"/> <input type="text" value="PK"/> welche:	
Hilfsmittel vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche: (in der Häuslichkeit)	
<b>Medikation:</b>	
<b>EDV-Medikamentenausdruck liegt bei:</b> <input type="checkbox"/>	Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<small>(z.B. oral/Inhalation/Injektion/Infusion/äußerliche Anwendung)</small>	
<b>Präparat</b>	<b>Präparat</b>
<small>Art/Dosierung/Häufigkeit/Zeit/Dauer</small>	<small>Art/Dosierung/Häufigkeit/Zeit/Dauer</small>
<b>Wunden / Dekubitus:</b> (z.B. Lokalisation, Beschreibung, Hautbeschaffenheit, Versorgung mit: Produkt, Medikament, Materialien)	
<b>Therapien:</b> (z.B. Dialyse, Chemotherapie, Zyclus, Bestrahlung etc.)	
<b>Besonderheiten:</b> (z.B. Allergien, letzte Medikamenteneinnahme wann?, welche Medikamente müssen noch gegeben werden?)	

PFLEGESTATUS	
(Mehrfachnennungen sind möglich)	
<b>Orientierung / Bewusstsein:</b> <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> räumlich <input type="checkbox"/> situativ  Sonstiges:	<b>Ess- und Trinkgewohnheiten:</b> <input type="checkbox"/> selbständig  <b>Hilfsmittel:</b>  <input type="checkbox"/> Zahnprothese (bitte ankreuzen) vorhanden    oben    unten    nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Schluckstörung  <input type="checkbox"/> trinkt ausreichend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  ml _____ 24/Std.  <input type="checkbox"/> Kostform (z.B. Diät): _____  <input type="checkbox"/> PEG-Sonde (Sondenkost): _____  Besonderheiten:
<b>Kommunikation / Kontaktverhalten:</b> <input type="checkbox"/> Muttersprache: _____ <input type="checkbox"/> kann sich verständlich machen <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> eher nonverbal <input type="checkbox"/> Sprachstörung: _____ <input type="checkbox"/> kooperationsunfähig <input type="checkbox"/> entscheidungsunfähig <input type="checkbox"/> eher ablehnend <input type="checkbox"/> kommunikationsfähig <input type="checkbox"/> eher kontaktfreudig <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Sehbehinderung <input type="checkbox"/> Brille  Besonderheiten:	<b>Ausscheidung:</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> selbständig mit Hilfsmittel  <b>Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Vorlagen <input type="checkbox"/> Windel <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Pat. hat abgeführt am: _____ <input type="checkbox"/> Blasenkatheter / Splint am: _____  Besonderheiten:
<b>Schlaf / -gewohnheiten:</b> <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung <input type="checkbox"/> Einschlafstörung <input type="checkbox"/> Tag- / Nachtumkehr  Besonderheiten / Rituale:	<b>Körperpflege / An- und Auskleiden:</b> <input type="checkbox"/> selbständig  <input type="checkbox"/> verweigert sich  <b>Hilfsmittel:</b>  Besonderheiten / Rituale:
<b>Mobilität:</b> <input type="checkbox"/> selbständig  <b>Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Geh-Hilfe <input type="checkbox"/> Gehwagen <input type="checkbox"/> Prothese <input type="checkbox"/> Sonstige:  Besonderheiten: (z.B. Krankengymnastik, weitere Funktionseinschränkung)	<b>Pflegerische Hilfeleistung</b> <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <input type="checkbox"/> teilweise Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung / Motivation <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung  <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Antriebssteigerung <input type="checkbox"/> Antriebsminderung
	<b>Pflegerische Hilfeleistung</b> <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <input type="checkbox"/> teilweise Übernahme <input type="checkbox"/> Anleitung / Motivation <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung

**Verhalten / Reaktionen / Risiken:**

aggressive Tendenzen bei:

Rückzugstendenzen bei:

Angstzustände bei:

Eigengefährdung durch:

Suizidgefahr

Suchtgefahr

Sturzgefahr

Desorientierung

Wahnvorstellungen

Unruhe

sucht körperlichen Kontakt

Sonstiges:

**Besondere lebenswichtige Ereignisse / Lebensthemen zum Kommunikationseinstig /  
Angaben zum Situationserleben / Spezielle pflegerische Hinweise:** (z.B. Schmerzen, Einstellung zur Krankheit / Alter)

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an:

DRK Sozialstation

Fr. Fischer 790 900 - 11

Fr. Kruse 790 900 - 13

Fr. Weber 790 900 - 14

☎: 790 900 0

Datum

(Unterschrift: Team-/Stationsleitung/Pflegekraft)