

Patientenaufkleber

<b>Diagnosen:</b>

Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten (einschl. Tbc.)  ja  nein

Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes

Entlassung am: \_\_\_\_\_

An:  Pflegeheim  Ambulanten Pflegedienst  Sonstige Einrichtungen \_\_\_\_\_

<b>Soziale Aspekte</b>		<input type="checkbox"/> Alleinstehend	<input type="checkbox"/> Betreuung durch Angehörige
<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer:			
<input type="checkbox"/> Name:			
<input type="checkbox"/> Tel.-Nr.:			
Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):			
Behandelnder Arzt:		Pflegebereitschaft der Angehörigen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Bisherige Versorgung durch: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst	
Adresse/Tel Nr.:		Einstufung Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> bewilligt, Stufe:	

II Körperpflege / Kleidung:							
	ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	voll. Hilfe	Bett	Bad	Waschbecken
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbeschaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Sonstiges:						
Pflegemittel:							

III Ausscheidungen	
Flüssigkeitsbilanzierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle
Hilfestellung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Nachtstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken
Stuhlgang	abgeführt am: _____ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausräumung
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gelegentlich
Anus praeter Versorgung:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollst. Übernahme
Versorgungssystem:	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Suprapubischer Harnblasenkatheter
CH: _____ gelegt/gewechselt am: _____	
Harn/Stuhlinkontinenz bisher versorgt mit folgendem Hilfsmittel (Art/Größe):	

IV Bewegung / Lagerung						
	selbstständig	mit Anleitung	mit Hilfsmittel	mit pers. Hilfe	mit Hilfsmittel u. pers. Hilfe	Bemerkungen
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beweglichkeit:	<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv					
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl Sonstiges: _____					
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Lagerungsart: _____ Lagerungswechsel/Häufigkeit: _____					

V Ernährung	
Kostform: _____	
Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung	
tägl. Trinkmenge: _____ ml Trinkverhalten: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken Letzte Mahlzeit (Uhrzeit): _____ Uhr:	
Sondenkost <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja tägl. Kalorienzufuhr: _____ ml Tee: _____ ml Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Schwerkraft	
Sondentyp: _____ Sonde gelegt am: _____	
Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja tägl. Kalorienzufuhr: _____ kcal tägliche Menge: _____ ml	

VI

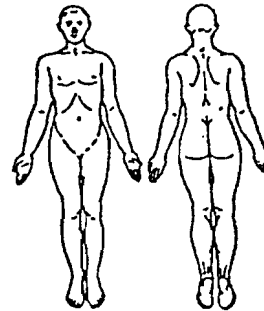
Orientierung / Psyche			
	ja	nein	zeitweise
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:			
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz		Sonstiges:	

VIII

Kommunikation			
	ohne Einschränkungen	Einschränkungen	Bemerkungen
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

X

Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation s. Grafik)
Grad/Größe: _____	
Gefahr laut Norton-Skala: _____	
Wunden (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.):	
Versorgung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> ja, Lokalisation: _____
Allergien:	
Bisherige Versorgung:	



XI

Medikation lt. Anordnung des Arztes <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> parenteral	
Bisherige Medikation:	Dosierung:
Bedarfsmedikation:	
Besonderheiten der Applikation	
Einnahme:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration <input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme
letzte Medikation:	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> Uhrzeit: _____
Insulin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Art:	
Verabreichung per:	<input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe
Injektion	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Anleitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):	

XII

Bisherige Therapie / Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	letzte Kontrolle am: _____
Sonstiges:	

Datum

Name/Unterschrift  
der Kr./Sr./Kr./Pfl.

Telefon-Nr.