



Name des Patienten:
(Patientenetikett)

Hausarzt: _____ Tel.: () _____ <hr/> Weiterversorgende Einrichtung: _____ <hr/> Adresse: _____ Tel.: () _____ <hr/> Kontaktaufnahme/ Datum: _____ <hr/> Grund des Krankenhausaufenthaltes: _____ <hr/> Muttersprache des Patienten: Wird ein Dolmetscher benötigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verständigung möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufenthaltsort nach der Entlassung: Wohnung <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> <hr/> Adresse: _____ <hr/> Tel.: () _____ <hr/> Wohnungsschlüssel _____ <hr/> Lebt mit : _____ Lebt allein <input type="checkbox"/> <hr/> Wichtige Andere/ Angehörige: Tel.: () _____ <hr/>
--	---

PFLEGESTUFE: 1 2 3

Privat beantragt:

Eilantrag § 3:

BEHINDERUNG: _____ Grad

PATIENTENVERFÜGUNG: ja nein

ZUZAHLUNGSBEFREIUNG: ja nein

BLAYLOCK-PUNKTE: _____

WIEDERKEHRER: ja nein

ENTLASSUNGSDATUM: _____

INTERNE KOOPERATIONSPARTNER:

Wundmanagement

Ernährungsdienst

Diabetesberatung

Sozialdienst

ERKRANKUNGEN / GESUNDHEITSPROBLEME <small>Überprüfung nur dann, wenn die gesundheitlichen Probleme im Zusammenhang mit der Versorgungskontinuität stehen</small>	KOGNITIVE FÄHIGKEITEN/ VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN/ EMOTIONALER STATUS	MERKMALE DER WOHSITUATION Hindernisse															
<input type="checkbox"/> Alzheimer / andere Demenzformen <input type="checkbox"/> Amputation (genaue Angabe): <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Neueinstellung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blutzuckermessung selbstständig <input type="checkbox"/> Hilfestellung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Erkrankungen <input type="checkbox"/> SHT/ Rückenmarksverletzungen <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Infektion (Lokalisation): <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> Schmerzen (Lokalisation): <input type="checkbox"/> Parkinson'sche Erkrankung <input type="checkbox"/> Psychiatrische Störung <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> chron. Wunden <input type="checkbox"/> akute Wunden <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Abhängigkeitserkrankung <input type="checkbox"/> Andere:	<p style="text-align: center;">Bewusstseinslage</p> <p>Bewusstseinszustand:</p> <input type="checkbox"/> Wachheit <input type="checkbox"/> Somnolenz <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Benommenheit <input type="checkbox"/> Sopor <hr/> <p style="text-align: center;">Wahrnehmung</p> <input type="checkbox"/> Entscheidungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Gedächtnisfunktion <input type="checkbox"/> Orientierungsfähigkeit beeinträchtigt beeinträchtigt beeinträchtigt <hr/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sprachliches Verständnis</td> <td style="width: 33%;">Ausdrucksfähigkeit</td> <td style="width: 33%;">Kommunikationsart</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Versteht</td> <td><input type="checkbox"/> Verständlich</td> <td><input type="checkbox"/> Sprechen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Versteht nicht immer die ganze Bedeutung, Wiederholungen notwendig.</td> <td><input type="checkbox"/> Meistens verständlich, ab und zu Schwierigkeiten, Worte zu finden.</td> <td><input type="checkbox"/> Schreiben</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Missversteht manchmal</td> <td><input type="checkbox"/> Ist unverständlich, hat öfter Schwierigkeiten, Worte zu finden.</td> <td><input type="checkbox"/> Gestikulieren/ Geräusche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Versteht nie</td> <td><input type="checkbox"/> Nie verständlich</td> <td><input type="checkbox"/> Zeigen/ Gebärdensprache</td> </tr> </table> <hr/> <p>Sensorische Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Zahnprothese</p> <p><input type="checkbox"/> Andere (spezifisch):</p>	Sprachliches Verständnis	Ausdrucksfähigkeit	Kommunikationsart	<input type="checkbox"/> Versteht	<input type="checkbox"/> Verständlich	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Versteht nicht immer die ganze Bedeutung, Wiederholungen notwendig.	<input type="checkbox"/> Meistens verständlich, ab und zu Schwierigkeiten, Worte zu finden.	<input type="checkbox"/> Schreiben	<input type="checkbox"/> Missversteht manchmal	<input type="checkbox"/> Ist unverständlich, hat öfter Schwierigkeiten, Worte zu finden.	<input type="checkbox"/> Gestikulieren/ Geräusche	<input type="checkbox"/> Versteht nie	<input type="checkbox"/> Nie verständlich	<input type="checkbox"/> Zeigen/ Gebärdensprache	<p>Etwaige Probleme in der Wohnung/ Umwelt:</p> <input type="checkbox"/> Wohnebene / Etage <input type="checkbox"/> Treppen, geringe Türbreiten <input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten einen Notruf/ Sicherheitsruf zu betätigen <input type="checkbox"/> Probleme bei der Nutzung der Küche und/ oder Küchengeräte <input type="checkbox"/> Probleme bei der Nutzung der Toilette/ Badewanne/ Dusche <input type="checkbox"/> Hindernisse im Haus- bzw. Wohnungseingang/ -ausgang <input type="checkbox"/> verstellte Bewegungsflächen durch Möbel, etc. <input type="checkbox"/> Probleme bei der Regulierung der Wassertemperatur <input type="checkbox"/> fehlende Haltegriffe, Handläufe <input type="checkbox"/> Brandgefahr durch Vergessen bestimmter Geräte (Herd, etc.) <input type="checkbox"/> Kein Telefon <input type="checkbox"/> rutschige Teppiche/ Fußböden oder Teppichläufer <input type="checkbox"/> Andere Probleme:
Sprachliches Verständnis	Ausdrucksfähigkeit	Kommunikationsart															
<input type="checkbox"/> Versteht	<input type="checkbox"/> Verständlich	<input type="checkbox"/> Sprechen															
<input type="checkbox"/> Versteht nicht immer die ganze Bedeutung, Wiederholungen notwendig.	<input type="checkbox"/> Meistens verständlich, ab und zu Schwierigkeiten, Worte zu finden.	<input type="checkbox"/> Schreiben															
<input type="checkbox"/> Missversteht manchmal	<input type="checkbox"/> Ist unverständlich, hat öfter Schwierigkeiten, Worte zu finden.	<input type="checkbox"/> Gestikulieren/ Geräusche															
<input type="checkbox"/> Versteht nie	<input type="checkbox"/> Nie verständlich	<input type="checkbox"/> Zeigen/ Gebärdensprache															

VORAUSSICHTLICHER VERSORGUNGSBEDARF NACH DER ENTLASSUNG			
THERAPEUTISCHER BEDARF	SPEZIFISCHE INFORMATIONEN	THERAPEUTISCHER BEDARF	SPEZIFISCHE INFORMATIONEN
<p>ATMUNG</p> <p><input type="checkbox"/> erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/> nicht erforderlich</p>	<p><input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Heimkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> mobiles O₂-Gerät</p> <p><input type="checkbox"/> Demandsystem</p> <p><input type="checkbox"/> Inhaliergerät</p> <p>Therapeutischer Flow: in Ruhe l/min bei Belastung l/min</p> <p>Täglich empfohlene Applikationsdauer: Stunden/ 24 Stunden</p> <p><input type="checkbox"/> Tracheotomie Datum der Tracheotomie: _____</p> <p>Art der Trachealkanüle:</p> <p><input type="checkbox"/> Tracheoflex</p> <p><input type="checkbox"/> Sprechkanüle</p> <p><input type="checkbox"/> Kunststoffkanüle</p> <p><input type="checkbox"/> Erstausrüstungsset für Tracheotomie vorhanden</p> <p>Größe:</p> <p>Tracheostomapflege mit folgenden Hilfsmitteln:</p> <p>Häufigkeit: x tgl.</p> <p><input type="checkbox"/> Absaugen</p> <p>Hilfsmittel:</p> <p>Häufigkeit: x tgl.</p>	<p>Ausscheidung</p> <p><input type="checkbox"/> erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/> nicht erforderlich</p>	<p>Darmkontrolle/ Stuhlkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> Obstipation</p> <p>Therapeutische Interventionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoe</p> <p><input type="checkbox"/> Anus praeter, Typ:</p> <p>Versorgung mit folgenden Hilfsmitteln:</p> <p><input type="checkbox"/> Empfehlungsbogen Kontinenzberater vorhanden (liegt in Kopie bei)</p> <p>Blasenkontrolle/ Harnkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> Harninkontinenz , Versorgung mit folgenden Hilfsmitteln:</p> <p><input type="checkbox"/> Toilettentraining (genauere Angabe) :</p> <p><input type="checkbox"/> Transurethraler Katheter,</p> <p>Gelegt am / Datum:</p> <p>Letzter Wechsel /Datum:</p> <p><input type="checkbox"/> PCN</p> <p><input type="checkbox"/> Suprapubische Fistel, Gelegt am / Datum:</p> <p>Verbandstoffe für die Einstichstelle:</p> <p><input type="checkbox"/> Empfehlungsbogen Kontinenzberater vorhanden (liegt in Kopie bei)</p> <p>Dialyse</p> <p>Art:</p> <p>Dialysehäufigkeit: x/ Woche an folgenden Tagen:</p> <p>Dialysezentrum:</p> <p>Ansprechpartner: (Name, Telefon)</p>

VORAUSSICHTLICHER VERSORGUNGSBEDARF NACH DER ENTLASSUNG				
THERAPEUTISCHER BEDARF	THERAPEUTISCHER BEDARF	SPEZIFISCHE INFORMATIONEN	THERAPEUTISCHER BEDARF	SPEZIFISCHE INFORMATIONEN
Haut <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Braden-Skala: ___ Punkte (vgl. Braden Skala) Braden-Q-Skala: ___ Punkte (für Kinder)	Flüssigkeitszufuhr <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	Infusionstherapie Art der i. v. -Therapie: Zugang via <input type="checkbox"/> Venenverweilkanüle Art: Lageort: <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Zentraler Venenkatheter Art: Lageort: Datum der Anlage: Infusionsprogramm:	Ernährung <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Diät: <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung / Trinknahrung <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung <input type="checkbox"/> Nasogastral <input type="checkbox"/> Gastrostomie (PEG) <input type="checkbox"/> Nasojejunal <input type="checkbox"/> Jejunostomie (PEJ) Sondenkost: Firma: Best.-Nr.: Applikationshäufigkeit Dauer: Zufuhr via: <input type="checkbox"/> Pumpe, Art <input type="checkbox"/> Schwerkräftsystem Andere:
THERAPEUTISCHER BEDARF Schmerzen/ Schmerzmanagement <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Schmerzintensität (NRS): _____			THERAPEUTISCHER BEDARF Körperliche Mobilität <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	SPEZIFISCHE INFORMATIONEN <input type="checkbox"/> Krankengymnastik (vgl. Bericht) Häufigkeit: _____ x / Woche <input type="checkbox"/> Weitere Therapieformen Einschränkungen
THERAPEUTISCHER BEDARF Medikamente	SPEZIFISCHE INFORMATIONEN <input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Einnahme (vgl. Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 (1) oder (2) SGB V) <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> beaufsichtigen / verabreichen		THERAPEUTISCHER BEDARF Sprechen <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	SPEZIFISCHE INFORMATIONEN <input type="checkbox"/> Logotherapie (vgl. Bericht) Häufigkeit: _____ x / Woche

