

|   |   |
|---|---|
| <p><b>-Patientenaufkleber-</b></p>  | <p><u>Pflegebedingte Diagnose/n (Text, ggf. ICD):</u></p><br><p><u>Ärztliche Diagnosen:</u></p> |
| <p>Einschränkung/Schädigung, die die tägliche Lebensführung und Aktivität in besonderem Masse beeinträchtigen (Warum wird personelle Hilfe benötigt?):</p> <p>Handelt es sich um einen Dauerzustand?<br/>( voraussichtlich länger als 6 Monate)                      JA            NEIN</p> | <p><b>Rückruf dringend erforderlich:</b></p> <p>Name:</p><br><p>Tel.:</p>                       |

Entlassung/Überleitung am: \_\_\_\_\_

An:    **Pflegeheim**      **Ambulanten Pflegedienst**      **Krankenhaus**      **Sonstige Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**I Soziale Aspekte**

|  |  |                            |  |
|--|--|----------------------------|--|
| Alleinlebend   | gesetzlicher Betreuer  | Betreuung durch Angehörige | Patientenverfügung liegt vor; Stand: _____ |
| <b>Vorsorgevollmacht liegt vor, Stand:</b>                                     |  |                            |  |
| Gesetzlicher Vertreter/Betreuer  | Bevollmächtigter   | Name: _____                | Anschrift: _____                           |
| <b>Gesetzlicher Betreuer:</b><br>Name:<br>Anschrift:<br><br>Tel.-Nr.<br>Mobil: | <b>Angehöriger:</b><br>Name:<br>Anschrift:<br><br>Tel.-Nr.<br>Mobil:                           |                            |  |
| Hauptbezugsperson (Name, Telefonnummer, Adresse):                              | Bezugspflegeperson (Name, Telefonnummer):  |                            |  |
| Behandelnder Arzt:   | Pflegebereitschaft der Angehörigen:            ja            nein            nicht in der Lage |                            |  |
| Adresse:   | Pflegegradbestimmung            beantragt?            Nein                                     |                            |  |
| Tel.:  | ja, am _____ bewilligt, Grad:  |                            |  |
|  | selbstständig  | Überwiegend selbstständig  | Überwiegend unselbstständig                |
| Interaktion mit Personen in direkten Kontakt                                   |  |                            | unselbstständig                            |

**TF1 Orientierung/Psychie (Kognition, Kommunikation, Psyche, Verhaltensweisen)**

| Dauerzustand (mind. 6 Monate)  | ja | nein   | vorhanden/<br>unbeeinträchtigt | größtenteils<br>vorhanden | in geringem Maße<br>vorhanden | nicht vorhanden | Bemerkungen: |
|--|----|--|--------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------|
| Persönliche Orientierung   |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Zeitliche Orientierung   |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Örtliche Orientierung  |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Situative Orientierung   |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Kommunikation aktiv  |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Gehör    Hilfsmittel:  |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Sehen    Hilfsmittel:  |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Sprachverständnis  |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Verstehen von Sachverhalten und Informationen                          |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte) |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)                 |    |  |                                |                           |                               |                 |              |
| Hinlauftendenz   |    | Sonstiges:    s. Anhang für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz / Demenz |                                |                           |                               |                 |              |

|   |           |                 |                           |  |
|---|-----------|-----------------|---------------------------|--|
| <b>Bewußtseinslage:</b>                             | wach      | ansprechbar     | somnolent                 | komatös                                      |
| <b>Schlaf:</b>                                      | ungestört | Schlafstörungen | nächtliche Unruhezustände | Besonderheiten (z. B. Hilfen, Gewohnheiten): |
| <b>Freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich:</b> | ja        | nein            |                           |  |

**TF2 Bewegung/Lagerung (Mobilität)**

|   |                   |            |  |  |   |   |             |
|---|-------------------|------------|--|--|---|---|-------------|
| <b>Dauerzustand (mind. 6 Monate)</b>                            | ja                | nein       |  |  |   |   |             |
|   |                   |            | Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe | Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich | Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe | Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen | Bemerkungen |
| Gehen   |                   |            |  |  |   |   |             |
| Stehen  |                   |            |  |  |   |   |             |
| Umsetzen (Transfer)   |                   |            |  |  |   |   |             |
| Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten) |                   |            |  |  |   |   |             |
| Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)                  |                   |            |  |  |   |   |             |
| Beweglichkeit:  | aktiv             | passiv     | Bettlägerig  | nein   | ja  |   |             |
| <b>Erforderliche Hilfsmittel:</b>                               | Unterarmgehstütze | Gehstock   | Rollator   | Toilettenstuhl                                   |   |   |             |
|   | Rollstuhl         | Sonstiges: |  |  |   |   |             |

**TF3 Körperpflege (Selbstversorgung)**

|                                      |         |         |  |  |   |   |             |
|--------------------------------------|---------|---------|--|--|---|---|-------------|
| <b>Dauerzustand (mind. 6 Monate)</b> | ja      | nein    |  |  |   |   |             |
|                                      |         |         | Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe | Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich | Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe | Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen | Bemerkungen |
| Waschen OK                           |         |         |  |  |   |   |             |
| Waschen UK                           |         |         |  |  |   |   |             |
| Duschen / Baden                      |         |         |  |  |   |   |             |
| Mundpflege                           |         |         |  |  |   |   |             |
| Zahnpflege                           |         |         |  |  |   |   |             |
| Zahnprothese                         | OK      | UK      |  |  |   |   |             |
| Rasieren                             | trocken | nass    |  |  |   |   |             |
| An- / Auskleiden OK                  |         |         |  |  |   |   |             |
| An- / Auskleiden UK                  |         |         |  |  |   |   |             |
| Hautbeschaffenheit:                  | intakt  | trocken | Sonstiges:   |  |   |   |             |
| Pflegemittel:                        |         |         |  |  |   |   |             |

**TF4 Ernährung (Selbstversorgung)**

|   |                         |  |  |   |   |                          |    |      |  |
|---|-------------------------|--|--|---|---|--------------------------|----|------|--|
| <b>Kostform:</b>                        | Sondenkost              | Parenterale Ernährung                                  | PEG  | PEJ   | Tägliche Menge Flüssigkeit in ml:             | Flüssigkeitsbilanzierung | ja | nein |  |
|   | Kalorienzufuhr in kcal: | Kalorienzufuhr in kcal:                                |  |   |   |                          |    |      |  |
|   | Tägliche Menge in ml:   | Tägliche Menge in ml:                                  |  |   |   |                          |    |      |  |
|   |                         | Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe | Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich | Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe | Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen | Bemerkungen              |    |      |  |
| Essen                                   |                         |  |  |   |   |                          |    |      |  |
| Trinken                                 |                         |  |  |   |   |                          |    |      |  |
| mundgerechte Zubereitung:               | JA                      | NEIN   | Hilfsmittel:                                     |   |   |                          |    |      |  |
| Letzte Mahlzeit (Datum, Uhrzeit): _____ |                         |  |  |   |   |                          |    |      |  |

**Spezielle Pflegeaspekte**

|                                   |      |                             |                   |  |
|-----------------------------------|------|-----------------------------|-------------------|--|
| Dekubitus                         | nein | ja (Lokalisation s. Grafik) | Grad/Größe: _____ |  |
| Gefahr laut Norton-/Braden-Skala: |      |                             |                   |  |

|   |   |                                    |  |
|---|---|------------------------------------|--|
| Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.):<br>Versorgung:           selbständig           mit Hilfe |   |                                    |  |
| Pilzinfektion           Nein           ja, Lokalisation:  |   |                                    |  |
| Allergien:<br>nein   ja und zwar:   | Ansteckende Krankheiten:<br>nein   ja und zwar: | Letzte Thorax-Röntgen-Untersuchung |  |
| Lebensmittelunverträglichkeit   |   |                                    |  |
| Bisherige Versorgung  |   |                                    |  |

**TF4 Ausscheidungen**

|   |  |  |  |   |                     |
|---|--|--|--|---|---------------------|
| Flüssigkeitsbilanzierung:           nein   ja |  | Körpergewicht:                                   |  | Körpergröße:                                  |                     |
| Hilfsmittel:           nein   ja              |  | Toilette   | Toilettenstuhl   | Urinflasche                                   | Steckbecken         |
| Harninkontinenz:   nein   gelegentlich   ja   |  | Stuhlinkontinenz:   nein   gelegentlich   ja     |  | Colostomie                                    |                     |
| Transurethraler Harnblasenkatheter            |  | abgeführt am: _____                              |  |   |                     |
| Suprapubischer Harnblasenkatheter             |  |  |  |   |                     |
| CH: _____                                     |  |  |  |   |                     |
| Gelegt / gewechselt am:                       |  | normal   | neigt zu Verstopfung   | neigt zu Durchfällen                          | digitale Ausräumung |
|   | Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe | Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich | Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende professionelle Hilfe | Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen | Bemerkungen         |
| Aufsuchen einer Toilette                      |  |  |  |   |                     |
| Umgang mit Folgen Urininkontinenz             |  |  |  |   |                     |
| Umgang mit Folgen Stuhlinkontinenz            |  |  |  |   |                     |
| Stomaversorgung                               |  |  |  |   |                     |
| Intimpflege                                   |  |  |  |   |                     |
| Richten der Bekleidung                        |  |  |  |   |                     |

**Legende:**

- S = Selbstständig (Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmiteileinsatz)
- U/A = Unterstützung / Anleitung (Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich)
- TÜ = Teilübernahme (Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende personelle Hilfe)
- VÜ = Vollübernahme (Aktivität unselbständig, wird fremd übernommen)

**Medikation**

|   |            |                                |  |  |  |
|---|------------|--------------------------------|--|--|--|
| oral  | parenteral |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
|   |            |                                |  |  |  |
| Bedarfsmedikation:                            |            |                                |  |  |  |
| Besonderheiten der Applikation mit Süßspeise: |            |                                |  |  |  |
| Einnahme:           selbständig               |            | Bereitstellen der Tagesration  |  | Überwachung der Einnahme   |  |
| letzte Medikation:   morgens                  |            | mittags                        |  | abends           Uhrzeit:  |  |
| Insulin           nein                        |            | ja                             |  |  |  |
| Art:  |            |                                |  |  |  |
| Verabreichung per:   Spritze                  |            | Pen                            |  | Insulinpumpe   |  |
| selbständig möglich                           |            | mit geringer punktueller Hilfe |  | mit überwiegend professioneller Hilfe           unselbständig, wird fremd übernommen |  |
| Bisherige Blutzuckerkontrollen (Häufigkeit):  |            |                                |  |  |  |

| Bisherige Therapie / Sonstiges   |   | Hinweis für den Krankentransport: s. Verfahrenshinweise                |
|--|---|--|
| Krankengymnastik<br>Herzschrittmacher  | Ergotherapie<br>letzte Kontrolle am: _____<br>Logopädie |  |
| Sonstiges: Dialyse<br>Beatmung<br>Tracheostoma<br>Portversorgung   |   | Schutzklasse 1<br>Schutzklasse 2                                       |
| <b>Besondere Auffälligkeiten:</b><br>Unruhezustände<br>Ängste<br>Aggressives/abwehrendes Verhalten<br>andere Verhaltensweisen: |   | Schutzklasse 3<br>Schutzklasse 4<br>keine Schutzmaßnahmen erforderlich |

Telefon-Nr.:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Pflegefachkraft \_\_\_\_\_

### Anhang für die Pflegeüberleitung von Menschen mit Demenz

Name des Patienten/der Patientin:

|  |  |
|--|--|
| <b>Orientierung / Psyche (einschl. Tagesablauf)</b><br>neigt zu akuten Verwirrheitszuständen<br>leidet unter zwanghaftem und Wahnhaftem Verhalten<br>leidet unter motorischen Unruhezuständen, Angst,<br>Aggressionen, Missstimmungen<br>ungezieltes, ständiges Sprechen<br>Selbst- und Fremdgefährdung<br>zeigt Hinlauftendenzen<br>schmiert mit Kot<br>leidet unter Störungen des Tag- / Nacht-Rhythmus<br>Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit ist erforderlich<br>ist depressiv<br>hat ein niedriges Selbstwertgefühl<br>fühlt sich überflüssig<br>kann den Tagesablauf nicht selbständig gestalten | <b>Kommunikation</b><br>Sprache undeutlich<br>Sprache verwaschen<br>Wortfindungsstörungen<br>spricht mit reduziertem Wortschatz, monotones<br>Singen, Rufen<br>spricht erniedrigend, abwertend<br>keine sprachliche Verständigung möglich<br>konfabuliert (Gedächtnislücken werden mit Worten<br>gefüllt)<br>deutliche Mimik und Gestik<br>undeutliche Mimik und Gestik<br>ist stark verunsichert (Angst / Panik)<br>eingeschränktes Konzentrations/Erinnerungsvermögen<br>hat Gedankensprünge |
| <b>Wahrnehmung der Sinne:</b><br>ist schwerhörig<br>ist kurzsichtig<br>ist weitsichtig<br>akzeptiert / benutzt Hilfsmittel   | <b>Wahrnehmungseinschränkung</b><br>Wärme<br>Kälte<br>visuell  |
| <b>Ernährung (Essen u. Trinken)</b><br>kann nicht alleine essen<br>sieht die Notwendigkeit, zu essen, nicht ein<br>kann nur passierte Kost zu sich nehmen<br>kann nicht alleine trinken<br>sieht die Notwendigkeit, zu trinken, nicht ein<br>hat Kau- und Schluckstörungen weil:<br><br>_____<br><br>isst und trinkt unter Anleitung und nach Aufforderung<br>isst sehr langsam<br>gestörtes Essverhalten<br>verweigert die Nahrungsaufnahme   | <b>Ausscheidungen</b><br>kann durch Gestik / Mimik Bedürfnis mitteilen<br>lehnt Hilfsmittel ab<br>findet die Toilette nicht<br>beruhigende Gespräche bei der Durchführung der<br>Toilettengänge  |
| <b>Bewegung / Lagerung</b><br>Gleichgewichtsstörungen<br>Sturzgefahr / Hüftprotektoren<br>läuft mit trippelndem Gang<br>akzeptiert / benutzt Hilfsmittel   | <b>Körperpflege / Kleiden</b><br>Notwendigkeit von Wäschewechsel wird nicht eingesehen<br>Selbständige Wahl der Kleidung nicht möglich<br>Häufiges Auskleiden aufgrund von Desorientierung<br>An-/Auskleiden nur mit Hilfe möglich   |
| <b>Ressourcen</b><br>ist einsichtig<br>arbeitet aktiv mit<br>kann mit Hilfe stehen / gehen<br>akzeptiert Unterstützung durch die Pflegekräfte  |  |
| <b>Sonstige wichtige Informationen</b><br><br>_____  | <b>Vorlieben / Abneigungen</b><br><br>_____  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |