	QM – Handbuch	ID: P 0..	Verantwortlich: PDL, QMB
	Pflegeüberleitung	Status: V 1.0	Geltungsbereich: alle

Stammdaten	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> beantragt am	PG.....
Name	Vorname		
Geburtsdatum	Familienstand		

Gesetzlicher Betreuer/In (Name, Tel.)

Konfession

evang. kathol. sonstiges

Überleitung in Einrichtung Haus Weiherberg GmbH - Weiherberg 56 - 66679 Losheim am See

Ansprechpartner

Pflegedienstleitung, Tel. 06872/ 920 1 – 198
Fax: 06872/ 920 1 – 220 , pdl@haus-weiherberg.de

Soziale Aspekte			Aktuelle Medikation		
<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Wohnheim	siehe Medikamentenplan		
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> WG			
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Bevollmächtigter:					


Einweisungsgrund/ Diagnose	Bitte um Rücksprache Ansprechperson s.o.	Unverträglichkeiten/ Allergien		
Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel	vorhanden	mitgegeben
	Infektiös Keim:	Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fähigkeiten und Einschränkungen des Patienten

Mobilität	selbst	mit Hilfe	unselbständig	Orientierung	ja	zeitweise	nein
Freies Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer/ Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	selbst	mit Hilfe	unselbständig	situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen/ Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausscheidung	ja	zeitweise	nein
Baden/ Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges			
Ernährung	selbst	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidung			
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DK/ SBK	Wechsel letztmalig:		
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitw.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Silikon	<input type="checkbox"/> Latex	Ch	
Diät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitw.	<input type="checkbox"/> nein	Stuhlgang	Letztmalig am:		
PEG	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Obstipation		

Bemerkungen:
(Sondenkost Menge, Kcal, Welche?, Kostform, etc.)

GF	Erstellt: PDL	Geprüft: QMB	Geändert von:	Freigabe von:	Gültig bis: 07/ 2017
Thomas Hüllein	am: 24.06.2015	am: 24.06.2015	Geändert am:	Freigabe am:	Seite 1 von 2

	QM – Handbuch		ID: P 0..	Verantwortlich: PDL, QMB
	Pflegeüberleitung		Status: V 1.0	Geltungsbereich: alle

Atmung	Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche:	
<input type="checkbox"/> spontan, unauffällig	O ² -Gabe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dosis:	
	Speichelmanagement	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
	Sekretmanagement	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	Aussehen:
Hautzustand	Körpergröße			cm	Gewicht
	Hautdefekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wo:	
	Dekubitusgrad	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> schuppig	<input type="checkbox"/> mazeriert	<input type="checkbox"/> Pergament	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> Rötung
<input type="checkbox"/> Ulcer					
Kreislauf/ Vitalparameter	RR	HF	Temp.	BZ	

Erschwerisfaktoren für die Pflege

<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Kontrakturen
<input type="checkbox"/> Fehlstellung von Extremitäten	<input type="checkbox"/> Spastiken	<input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> Eigen-/ Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Abwehrverhalten
<input type="checkbox"/> Non - Compliance	<input type="checkbox"/> fehlende Absprachefähigkeit	<input type="checkbox"/> Schmerzpatient
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/> diagnostizierte Demenz/ HOPS

Bemerkungen/ Sonstiges/ Ergänzungen

Wertsachen/ Eigentum	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> mitgegeben
Was:		

Kontakt für Rückfragen	
Telefon:	Fax:
Pflegefachkraft	Datum/ Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung zu einer kollegialen Übernahme!

Ihre Pflegedienstleitung, Haus Weiherberg GmbH – www.haus-weiherberg.de , pdl@haus-weiherberg.de

GF	Erstellt: PDL	Geprüft: QMB	Geändert von:	Freigabe von:	Gültig bis: 07/ 2017
Thomas Hüllein	am: 24.06.2015	am: 24.06.2015	Geändert am:	Freigabe am:	Seite 2 von 2