

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten / Anschrift geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Pflegeüberleitung (Teil 2 / von 5) Ärztlicher Kurzbrief Kreis Viersen – Pflegekonferenz Stand: November 2007 Auszufüllen von: behandelndem Arzt

An:
 Krankenhaus amb. Pflegedienst Reha Pflegeheim* Sonstige

Name:

Person Rufnummer	
Hausarzt (Name, Anschrift, Rufnummer)	
Fax:	Tel.: E-mail:
Relevante Dauerdiagnosen / Vorerkrankungen	
Medikation / Bedarfsmedikation	
Besonderheiten / Allergien / Unverträglichkeiten	
Therapieziel geklärt?	<input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> nicht geklärt <input type="checkbox"/> Symptomkontrolle
Ernährung / Flüssigkeit	
Trinkverhalten:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken
Enterale Ernährung / Sondenkost <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	tägl. Kalorienzufuhr: kcal
Sondentyp: gelegt am:	
Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Schwerkraft	
Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	tägl. Kalorienzufuhr: kcal tägliche Menge: ml
Nadeltyp: Datum des letzten Wechsels:	
Behandelnder Arzt	
Adresse / Stempel	
Datum	Unterschrift Tel.-Nr. Fax-Nr.
Akuterkrankung / Verlegungsdiagnose	
Sondermedikation am Verlegungstag	
Medikation bis zum nächsten Werktag mitgegeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektiös	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Multiresistenter Keim	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Letzter Abstrich
Weitere Maßnahmen erforderlich	
Adresse / Stempel	
Datum	Unterschrift Tel.-Nr. Fax-Nr.