

| Person (Name, Anschrift, Rufnummer) |
|-------------------------------------|
| |

Pflegeüberleitung (Teil 3.1 / von 5)
Pflegfachlicher Kurzbrief
Kreis Viersen – Pflegekonferenz
 Stand: November 2007
Auszufüllen von: Pflegeinstitution

An:
 Krankenhaus amb. Pflegedienst Reha Pflegeheim* Sonstige- Name:

| Adressat (Name, Anschrift, Rufnummer) |
|---------------------------------------|
| |

Tel.: Fax: E-mail:

| Kommunikation | | | Orientierung / Psyche | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ohne Einschränkungen | Einschränkungen | | ja | nein | zeitweise |
| Sprache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprachverständnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | persönlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemerkungen / Hilfsmittel | | | Bemerkungen | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Wandertendenz | | | |

| Bewußtseinslage | | Verhalten | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wach | <input type="checkbox"/> ansprechbar | <input type="checkbox"/> aktiv | <input type="checkbox"/> passiv | <input type="checkbox"/> kooperativ | <input type="checkbox"/> unkooperativ |
| <input type="checkbox"/> somnolent | <input type="checkbox"/> komatös | <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> situativ angemessen | |

Patient wird fixiert ja nein durch **Aufsicht notwendig** tagsüber nachts
Einverständnis des Patienten liegt vor ja nein Kopie beigefügt
Beschluss des Amtsgerichtes liegt vor ja nein Kopie beigefügt

Schlaf **Schlafstörung** **ungestört** **nächtliche Unruhezustände**

Bedarfsmedikation erhalten ja nein (**Aktuelle Abweichungen der Medikation zu Teil 2/5 bitte unter Besonderheiten aufführen**)

Besonderheiten (z. B. Hilfen, Gewohnheiten, abweichende Medikation):

Ernährung / Flüssigkeit

Körpergröße (cm): Gewicht (kg): am Kostform:
 Ernährungszustand: normal adipös kachektisch letzte Mahlzeit um (Uhr)
 Hilfestellung b. d. Nahrungsaufnahme ja nein braucht Hilfe braucht Anregung vollständige Hilfe mundger. Zubereitung
 Schluckstörung bei: fester Nahrung breiiger Nahrung flüssiger Nahrung
 tägl. Trinkmenge: ml nach subjektiven Bedürfnissen beschränkt unbeschränkt

Körperpflege / Kleidung:

| | selbstständig | Anregung | eingeschränkt | vollständig | 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"/> | Mund intakt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: |
| Duschen/ Baden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nase intakt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: |
| Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augen intakt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: |
| Zahnprothese | <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 |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstiges |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Bisherige Therapie / Sonstiges

Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie

Sonstiges:

