

# Muster Überleitungsbogen

## Anhang für die Pflegeüberleitung von Menschen mit Demenz

Name des Patienten/der Patientin:

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

# Muster Überleitungsbogen – Fragebogen zur Pflegeüberleitung für die Aufnahme der pflegebedürftigen Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder Mitaufnahme in der Kur- bzw. Reha-Klinik (Quelle: Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe)

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

Entlassung/Überleitung am: \_\_\_\_\_

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

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

TF1 Orientierung/Psyche (Kognition, Kommunikation, Psyche, Verhaltensweisen)					
Dauerzustand (mind. 6 Monate) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden	Bemerkungen:
Persönliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehör Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehen Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Sonstiges: s. Anhang für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz / Demenz					
<b>Bewußtseinslage:</b> <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös					
<b>Schlaf:</b> <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände <input type="checkbox"/> Besonderheiten (z. B. Hilfen, Gewohnheiten):					
<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

# Muster Überleitungsbogen

## TF2 Bewegung/Lagerung (Mobilität)

Dauerzustand (mind. 6 Monate) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umsetzen (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beweglichkeit: <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv	Bettlägerig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Erforderliche Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges:					

## TF3 Körperpflege (Selbstversorgung)

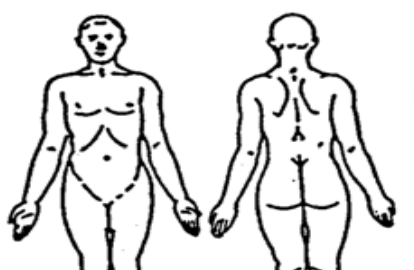
Dauerzustand (mind. 6 Monate) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit geringer Hilfe	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung überwiegende professionelle Hilfe	Aktivität unselbständig,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

## TF4 Ernährung (Selbstversorgung)

Kostform: <input type="checkbox"/> Sondenkost <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ		Tägliche Menge Flüssigkeit in ml: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kalorienzufuhr in kcal: <input type="checkbox"/> Tägliche Menge in ml:		Kalorienzufuhr in kcal: <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mundgerechte Zubereitung: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Hilfsmittel:				
Letzte Mahlzeit (Datum, Uhrzeit): _____					

## Spezielle Pflegeaspekte

Dekubitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation s. Grafik) Grad/Größe: _____
Gefahr laut Norton-/Braden-Skala:

Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris u. a.): Versorgung: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Pilzinfektion <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, Lokalisation:	
Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____	
Ansteckende Krankheiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____	
Bisherige Versorgung	

# Muster Überleitungsbogen

## TF4 Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Körpergewicht:		Körpergröße:	
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken					
Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja		Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Colostomie			
Transurethraler Harnblasenkatheter		abgeführt am: _____			
Suprapubischer Harnblasenkatheter		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausräumung			
CH: _____		Gelegt / gewechselt am:			
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Folgen Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Folgen Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Richten der Bekleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Legende:

S = Selbstständig (Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmiteinsatz)  
 U/A = Unterstützung / Anleitung (Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich)  
 Tü = Teilübernahme (Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegende professionelle Hilfe)  
 VÜ = Vollübernahme (Aktivität unselbständig, wird fremd übernommen)

## Medikation

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

## Bisherige Therapie / Sonstiges

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie	Hinweis für den Krankentransport: s. Verfahrenshinweise
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> letzte Kontrolle am: _____	
Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Portversorgung	<input type="checkbox"/> Schutzklasse 1
	<input type="checkbox"/> Schutzklasse 2
	<input type="checkbox"/> Schutzklasse 3
	<input type="checkbox"/> Schutzklasse 4
Besondere Auffälligkeiten: <input type="checkbox"/> Unruhezustände <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Aggressives/abwehrendes Verhalten <input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen:	<input type="checkbox"/> keine Schutzmaßnahmen erforderlich

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Pflegefachkraft \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_