

# Überleitungs- und Berichtsbogen

**Stammdaten**

**Ausfülldatum**

Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Versicherungsnummer	_____
Anschrift	_____
Telefon/Fax/Mobil	_____
E-Mail	_____
<hr/>	
Angehörige	_____
Anschrift	_____
Telefon/Fax/Mobil	_____
E-Mail	_____
<hr/>	
Betreuer	_____
Anschrift	_____
Telefon/Fax/Mobil	_____
E-Mail	_____
<hr/>	
Kostenträger	_____
Ansprechpartner	_____
Anschrift	_____
Telefon/Fax/Mobil	_____
E-Mail	_____
<hr/>	
Sonstige Kostenträger	_____
Ansprechpartner	_____
Anschrift	_____
Telefon/Fax/Mobil	_____
E-Mail	_____
<hr/>	
Versorgende Einrichtung	_____
Anschrift	_____
Telefon/Fax/Mobil	_____
E-Mail	_____
Team-Ansprechpartner	Mobil _____
<hr/>	
Klinik/entlassender Arzt	_____
Anschrift	_____
Telefon/Fax/Mobil	_____
Institutionskennzeichen:	_____
E-Mail	_____
Station	Telefon _____

**Stammdaten**

| geb. |

| vom |

Hausarzt \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax/Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Medizin-Technischer Lieferant \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax/Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Weiterer Medizin-Technischer Lieferant \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax/Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prognose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patientenverfügung                      liegt vor                      liegt nicht vor

Ziel der ärztlichen Behandlung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_

**Verordnung häusliche Krankenpflege**

Stunden täglich \_\_\_\_\_  
Stunden wöchentlich \_\_\_\_\_  
**Stunden täglich übernehmen die Angehörigen** \_\_\_\_\_

## Statuserhebung

| geb. |

| vom |

### Psyche

- |               |   |   |  |                                     |
|---------------|---|---|--|-------------------------------------|
| Bewusstsein:  | <input type="checkbox"/> klar               | <input type="checkbox"/> wechselhaft                    | <input type="checkbox"/> somnolent             | <input type="checkbox"/> komatös    |
| Gedächtnis:   | <input type="checkbox"/> altersentsprechend | <input type="checkbox"/> gestört/wechselhaft            | <input type="checkbox"/> weitgehend aufgehoben |                                     |
| Orientierung: | <input type="checkbox"/> unauffällig        | <input type="checkbox"/> zeitweise gestört              | <input type="checkbox"/> immer/meist gestört/  |                                     |
|               | <input type="checkbox"/> zeitlich           | <input type="checkbox"/> örtlich                        | <input type="checkbox"/> situativ              | <input type="checkbox"/> zur Person |
| Antrieb:      | <input type="checkbox"/> unauffällig        | <input type="checkbox"/> verlangsamt                    | <input type="checkbox"/> teilnahmslos          |                                     |
| Stimmung:     | <input type="checkbox"/> unauffällig        | <input type="checkbox"/> depressiv                      | <input type="checkbox"/> euphorisch            | <input type="checkbox"/> ängstlich  |
| Unruhe:       | <input type="checkbox"/> bei Tag            | <input type="checkbox"/> bei Nacht                      | <input type="checkbox"/> motorisch             | <input type="checkbox"/> verbal     |
| Verhalten:    | <input type="checkbox"/> unauffällig        | <input type="checkbox"/> distanzlos                     | <input type="checkbox"/> abwehrend             |                                     |
| Wahrnehmung:  | <input type="checkbox"/> unauffällig        | <input type="checkbox"/> Verkenennung<br>Personen/Dinge | <input type="checkbox"/> Halluzinationen       |                                     |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Kommunikation

- |                                     |  |  |       |
|-------------------------------------|--|--|-------|
| <input type="checkbox"/> verbal     | <input type="checkbox"/> nonverbal     | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel   | _____ |
| <input type="checkbox"/> problemlos | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nicht möglich |       |
| <input type="checkbox"/> motorisch  | <input type="checkbox"/> sensorisch    |  |       |

Bemerkungen \_\_\_\_\_

### Beatmungspflicht

- |  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein            | <input type="checkbox"/> Ja      | <input type="checkbox"/> Zwerchfellstimulator |
| <input type="checkbox"/> nicht invasiv   | <input type="checkbox"/> invasiv |   |
| <input type="checkbox"/> 24 Stunden      | <input type="checkbox"/> nachts  | _____ Stunden                                 |
| <input type="checkbox"/> intermittierend | <input type="checkbox"/> tags    | _____ Stunden                                 |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Sauerstoffbedarf

- |  |                             |   |             |
|--|-----------------------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Nein                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> intermittierend    |             |
| <input type="checkbox"/> bei Spontanatmung       | _____ L/min                 | <input type="checkbox"/> beatmet            | _____ L/min |
| <input type="checkbox"/> bei Belastung           | _____ L/min                 | <input type="checkbox"/> in Ruhe            | _____ L/min |
| <input type="checkbox"/> Dauer                   | _____                       | Stunden täglich                             |             |
| <input type="checkbox"/> davon außer Haus        | _____                       | Stunden täglich                             |             |
| Spontan-O <sub>2</sub> wiederholt unter 55 mmHg? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein               |             |
| Pulmonale Hypertonie                             | _____ mmHG                  |   |             |
| PO <sub>2</sub> -Anstieg auf                     | _____ mmHG                  | unter _____ l/min O <sub>2</sub> Testatmuna |             |
| PCO <sub>2</sub> -Anstieg auf                    | _____ mmHG                  |   |             |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Tracheostoma

- |                               |                                    |  |
|-------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja        | seit: _____  |
| Anlagetyp                     | <input type="checkbox"/> dilatativ | <input type="checkbox"/> epithelisiert                     |
| Stomakanalweite               | <input type="checkbox"/> adäquat   | <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> eng |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Hautverhältnisse des Tracheostomas

- |                                      |                                  |   |                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> gerötet | <input type="checkbox"/> feucht mazeriert | <input type="checkbox"/> entzündet |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------------|

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Statuserhebung**

| geb. |

| vom |

**Verbandwechsel**

Halteband \_\_\_\_\_

Komresse: \_\_\_\_\_

- steril                       unsteril  
 Pflegefachpersonal       Angehörige       selbst

Unter Einsatz von

- Octenisept                       Stomaöl       NaCl       \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Kanülenwechsel**

Kanülentyp/Hersteller \_\_\_\_\_

 Größe       gefenstert

- einteilig                       zweiteilig  
 Einmalmaterial  
 Cuff                               Lanz Cuff

Wechseltturnus \_\_\_\_\_

/Woche

Unter Einsatz von

- Xylocain Gel                       Silikonspray       Stomaöl       Seldinger

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Maskenwechsel**

Maskentyp/Hersteller \_\_\_\_\_

 Größe

- Industriemaske                       individuelle  
 Fullface  
 Mundstück                       Nasenmaske                       Mund-Nasenmaske

Anzahl: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Durchführung erfolgt durch:**

- Pflegefachpersonal       Arzt                       Angehörige  
 Allein                       Zu zweit                       Sonstige \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Probleme beim Kanülen-/Maskenwechsel**

Hustenreiz

- kein                               leicht                       mäßig                       stark  
 Vagusreiz/Bradykardie       Nein                       Ja  
 Blutung                               Nein                       Ja

- Schmerzen                       leicht                       mäßig                       stark  
 erbrechen                       Nein                       Ja  
 Präoxygenierung notwendig       Nein                       Ja                       stark

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Abhusten**

- selbstständig                       nicht suffizient                       maschinelle Unterstützung

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Trachealsekret**

- wenig                               mäßig                       reichlich  
 zäh                                       flüssig

Durchschnittl. Absaugfrequenz lt. Dokumentation innerhalb der letzten 14 Tage \_\_\_\_\_ /Tag

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel**

| geb. | | vom |

**Beatmung**

Respiratortyp \_\_\_\_\_ Anzahl \_\_\_\_\_  
 Einschlauchgerät  Zweislauchgerät

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Beatmungsform**

- CMV (kontrolliert)
- PCV (Druckkontrollierte Beatmung)
- VCV (Volumenkontrollierte Beatmung)
- PRVC (Druckregulierte volumenkontrollierte Beatmung)
- assistiert/kontrolliert
- CFV (Beatmung mit konstantem Flow)
- VS, VSV (Volumenunterstützte Beatmung)
- assistiert
- PSV (Druckunterstützte Spontanatmung)
- PAV (Druckunterstützte Beatmung)

Druck IPAP \_\_\_\_\_ mbar      Druck EPAP \_\_\_\_\_ mbar  
 VT Tidal Volume \_\_\_\_\_ ml      Beatmungsrate \_\_\_\_\_  
 Trigger inspiration \_\_\_\_\_      Trigger expiration \_\_\_\_\_  
 PEEP \_\_\_\_\_ mbar

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Befeuchtung der Atemluft**

- Nein
- aktiv      System: \_\_\_\_\_
- passiv       HME-Filter      Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Sauerstoffquelle**

- Konzentrator
- Sauerstoffflasche
- Flüssigsauerstoff
- mobil
- Sparsystem

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Absauggeräte**

- Ja       Nein
- Anzahl/Typ stationär \_\_\_\_\_
- Anzahl/Typ Mobil mit Akku \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Inhalationsgerät**

- Nein
- Kaltverneblung
- Ja
- Warmverneblung
- Düsenvernebler
- Ultraschallvernebler

Medikamente: \_\_\_\_\_

Hersteller/Typ: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Weitere Hilfsmittel**

- Pflegebett
- Toilettenstuhl

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel

**Pflege**

| geb. |

| vom |

**Ernährung**

- oral \_\_\_\_\_
- Sonde \_\_\_\_\_
- parenteral über \_\_\_\_\_
- Wechselfrequenz der Sonde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Medikamente über \_\_\_\_\_
- Probleme bei der Ernährung \_\_\_\_\_  Regurgitation

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Ausscheidung**

- Harn
- physiologisch       transurethraler DK       suprapubischer DK
  - Urostoma       Dialyse       Einmalkatheter

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Stuhl**

- physiologisch       Anus Praeter       Klysma

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Mobilität**

- mobilisierbar       Nein       bis Bettkante       in den Rollstuhl
- stehfähig       Ja       Nein
- Gehfähig       Ja       Nein
- selbstständig
- mit Hilfe
- 
- Nackengriff rechts       Ja       Nein
- Schürzengriff rechts       Ja       Nein
- Faustschluss rechts       Ja       Nein
- Pinzettengriff rechts       Ja       Nein
- 
- Nackengriff links       Ja       Nein
- Schürzengriff links       Ja       Nein
- Faustschluss links       Ja       Nein
- Pinzettengriff links       Ja       Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Aktuelles**

| geb. |

| vom |

**Aktuelle Pflegeziele**

---

---

---

---

**Weitere medizinisch-pflegerische Probleme**

---

---

---

---

**Psychosoziale Kontextfaktoren**

---

---

---

---

**Medikamente**

---

---

---

---

Ort

Datum

Unterschrift Ansprechpartner

---

---

---

**Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Daten dem MDK zum Zwecke der Feststellung der Pflegebedürftigkeit/der gewählten Pflegeeinrichtung/Pflegedienst zur Durchführung der erforderlichen Pflege sowie den Kostenträgern zur Planung des Versorgungsmanagements übersandt werden.**

Ort

Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer

---

---

---

## Bedarfsermittlung für Anti-Dekubitus-Lagerungshilfsmittel

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen zur Dekubitus-Prophylaxe bzw. -behandlung wurden bisher durchgeführt ?

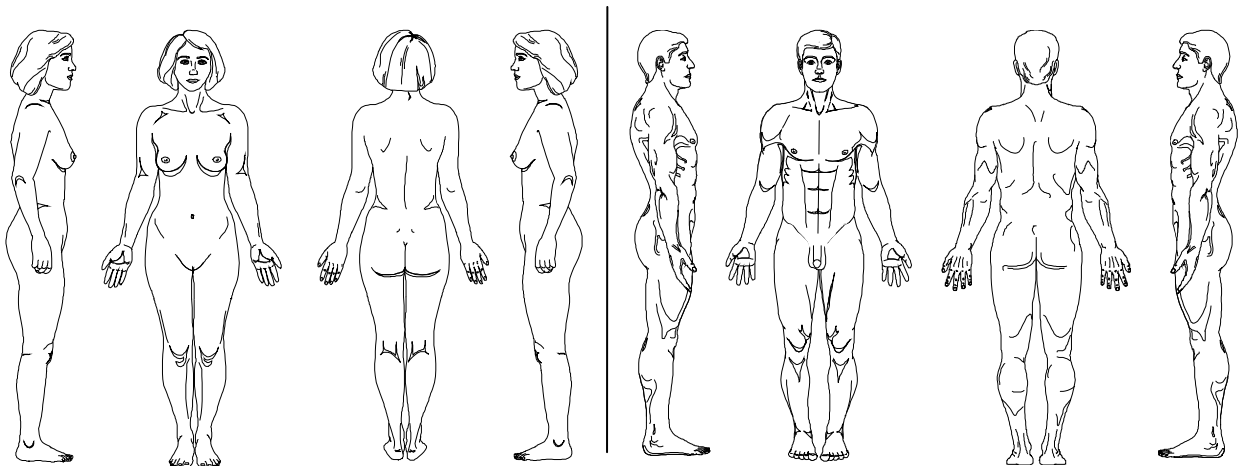
Wo ist der Dekubitus entstanden?

Welche Art der Wundversorgung wurde bisher durchgeführt?

Welche Art der Wundversorgung wurde vorgeschlagen?

### Dokumentation der Hautschäden:

Bitte markieren Sie:    O = gefährdeter Bereich    X = bestehender Dekubitus



Beschreibung des Dekubitus (Größe und Grad) bezogen auf die Markierungen:


### Braden-Skala (komprimierte Form) zur Einschätzung des Dekubitusrisikos

Sensorische Wahrnehmung	A	Vollständig eingeschränkt	1	Stark eingeschränkt	2	Leicht eingeschränkt	3	Keine Einschränkung	4
Feuchtigkeit	B	Ständig feucht	1	Sehr feucht	2	Gelegentlich feucht	3	Selten feucht	4
Aktivität	C	Bettlägerig	1	Sitzfähig	2	Gelegentlich gehfähig	3	Mobil	4
Beweglichkeit	D	Vollständig immobil	1	Stark eingeschränkt	2	Leicht eingeschränkt	3	Keine Einschränkung	4
Ernährung	E	Stark eingeschränkt	1	Eher eingeschränkt	2	Adäquat	3	Ausgezeichnet	4
Reibungs-Scherkräfte	F	Problematisch	1	Wenig problematisch	2	Unproblematisch	3		

Summe aus den Spalten A - F \_\_\_\_\_ Beurteilung:

23 - 17 Punkte  
geringes Risiko

16 - 12 Punkte  
mittleres Risiko

11 und weniger Punkte  
hohes bis höchstes Risiko



**Ergänzende Kriterien:**

| geb. |

| vom |

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg      Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Durchblutungsstörungen    Ja    NeinKachexie                       leicht                       mittel                       starkKontrakturen                 leicht                       mittel                       starkDiabetes                       Ja                       Neinmedikamentenpflichtig    Ja                       NeinLagerungsfähigkeit         eingeschränkt    stark eingeschränkt    keine \_\_\_\_\_

Zusätzliche Erkrankungen:

<b>Begründung und Vorschlag für eine effektive Versorgung:</b>

Das Hilfsmittel dient als	<input type="checkbox"/> Dauerversorgung	<input type="checkbox"/> vorübergehende Versorgung
---------------------------	--	--

Die Dokumentation wurde vorgenommen von \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum	Unterschrift (ggf. Stempel)
------------	-----------------------------