

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

# Pflegedienst / Krankenhaus / Heim

## Pflegerischer Kurzverlegungsbericht

Versicherungskarte    ja                    nein		Pflegekasse:	
Telefon d. Patient(in/en):		Sonstige Kostenträger:	
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	Religion:	Pflegestufe nach SGB XI
lebt alleine    lebt zusammen mit:		keine    0    1    2    3    Härtefall	
		Sachleistung                    Geldleistung	
<b>Ansprechpartner</b>			
<b>Angehörige</b>		<b>Hausarzt</b>	
Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Straße:		Straße:	
Ort:		Ort:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
<b>Gesetzlicher Betreuer</b>		<b>Pflegedienst/Pflegeheim</b>	
Name, Vorname:		Name:	
Straße:		Straße:	
Ort:		Ort:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
Aufgabengebiete:			
<b>Pflegeberatungsgespräch</b>		<b>Diagnosen (s. Arztbrief    )</b>	
ja    nein			
Datum:			
Ergebnis:			
<b>SGB V Leistungen</b>		<b>SGB XI Leistungen</b>	
		bisherige Medikation: (ggf. Rückseite benutzen)	
		s.Arztbrief    Einnahme überw.    letzte Einn.:	
<b>Patientenverfügung</b>			
ja    nein    Aufbewahrungsort:			
<b>Risiken und Infektionen</b>		<b>Sonstige Risiken</b>	
MRSA		Sturzgefahr	
TBC		andere Risiken:	
Hepatitis    A    B    C			
HIV			
andere Infektionen:			
<b>Besonderheiten</b>			
Herzschrittmacher    Marcumareinnahme    Allergien:			
Schmerzen (Art, Lokalisation, Intensität, Bewältigung):			

Name:

Geburtsdatum:

Essen & Trinken						Ausscheidung						
Kostform:	Diät:					selbständige Toilettenbenutzung		ja	nein			
	S	A	U	TÜ	VÜ	Harninkontinenz		ja	nein			
Flüssigkeitsaufnahme ml/Tag:						Blasenverweilkatheter		ja	nein			
Nahrungsaufnahme						liegt seit:						
Mundgerechte Zubereitung						suprapubisch	transurethral	CH				
Schluckstörungen	ja					nein					Stuhlregulierung durch:	
Kontrolle der Flüssigkeits-/ Nahrungsaufnahme erforderlich	ja					nein						
Ernährungssonde: ja	nein					letzter VW:					zuletzt abgeführt am:	
Sondennahrung (Menge und Häufigkeit)						Anus praeter		ja	nein			
						System:						
						Beutel:						
Waschen & Kleiden						Mobilität						
	S	A	U	TÜ	VÜ		S	A	Ü	TÜ	VÜ	
Waschen						Sitzen						
Duschen/Baden						Gehen / Stehen						
Kämmen/Rasieren						Bett aufsuchen/verlassen						
Mundhygiene						Umlagern im Bett						
An- und Auskleiden						Bettlägerig		ja	nein			
Hautpflege:						Lagerung:						
Bewusstsein / Kommunikation						Hilfsmittel						
Orientierung:						Brille		Pflegebett				
Muttersprache:						Hörgerät: re li		Anti-Dekubitusmatratze				
Artikulations-/ Sprachstörungen:						Gehhilfe		Art:				
Sonstiges:						Zahnprothese		Rollator				
						oben unten		Toilettenstuhl				
						Dusch-/Badeinsatz		Toilettenaufsatz				
						Kontinenzversorgung:						
						Sonstige:						
Chronische Wunden												
Wunde vorhanden						ja (siehe Wunderhebungsbogen)			nein			

Legende: S = Selbständig, A = Anleitung, U = Unterstützung, TÜ = Teilweise Übernahme, VÜ = Volle Übernahme

mündliche Übergabe erforderlich ja nein

Empfehlungen/Anmerkungen:

Station / Telefon :

Datum / Unterschrift :

(nach Krankenakte)

Name:

Geburtsdatum:

**Wunderhebungsbogen**

Wundart:

Grad:

Größe:            x            cm

Wundversorgung:

Wundtiefe:            cm

Sonstiges (Taschenbildung/Auffälligkeiten etc):

Lokalisation:

