



Überleitungsbogen (bei Demenz) von _____ ins Krankenhaus

Einweisung durch:	Datum:	Anlagen: Diagnosen, Medikamente, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Wundbericht
Name Patient:	Pflegestufe:	Hobbys / Interessen:
Geb.:	Konfession:	
Betreuer:	Informiert: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Angehörige:	Informiert: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Beruf:
Angehörige:	Informiert: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Hausarzt:	Pflegestufe:	Lauffähigkeit?
Krankenkasse:	Vers. Nr.:	
Einweisung erfolgt wegen (Symptome, seit wann):		Besonderheiten (z.B. Allergien, Blutverdünner, Herzschrittmacher):

Schlüsselreize (Wie kann beruhigt oder abgelenkt werden?):	Beeinträchtigung der Orientierung? Zeit: Raum: Ort: Person: Situation:	
Hilfebedarf bei Verrichtungen: Körperpflege A U TÜ VÜ Mobilität A U TÜ VÜ Ernährung A U TÜ VÜ Legende: A = Anleitung U = Unterstützung TÜ = Teilweise Übernahme VÜ = Vollständige Übernahme	Wichtige Bezugspersonen?	
Mitgeführtes Eigentum / Hilfsmittel, z.B.: Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnprothesen <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> etc.		
letzter Stuhlgang:	letzte Mahlzeit:	Kostform: normal <input type="checkbox"/> Sondennahrung <input type="checkbox"/>
Lagerungswechsel:	Lieblingsgetränk (Frühstück):	Wunden:
Dekubitus: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wo:	Inkontinenz/ Katheter:	letzter Verbandswechsel:
Unterschrift Pflegekraft <input type="checkbox"/> / Angehörige <input type="checkbox"/> / Betreuer <input type="checkbox"/> / Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>: _____		