

Kölner Überleitungsbogen für Menschen mit Demenz

II. Informationen vom Pflegeheim an das Krankenhaus (Pflegedaten)

Name:	Vorname:	geb. am:	Datum:		
	Beschreibung der Situation/Pflegehinweise				
1. Kommunikation/Wahrnehmung		3. Körperpflege			
Bei anderen Nationalitäten	Verständigung nur in Muttersprache: _____	Hautzustand	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Trocken <input type="radio"/> Feucht		
Störungen im Bereich der Wahrnehmung			Allergien, wenn ja welche		
Hilfsmittel	<input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Glasauge <input type="radio"/> Zahnprothese, oben/unten	Dekubitus	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja wenn ja, in Anlage erläutern (Wunddokumentation oder Bradenskala)		
Hinweise zur Nutzung:		Körperpflegemittel			
Sprachvermögen		Benötigt Unterstützung bei	<input type="radio"/> Waschen <input type="radio"/> Rasieren <input type="radio"/> Mundpflege <input type="radio"/> Haarpflege <input type="radio"/> Nagelpflege		
Sprachverständnis		Besonderheiten/Gewohnheiten			
Besonderheiten beim Sprechen		Form der Unterstützung			
4. Essen/Trinken/Genussmittel					
Möglichkeiten der Kontaktaufnahme		Kostform	<input type="radio"/> wenn ja, welche		
		Essgewohnheiten			
		Trinkgewohnheiten			
2. Mobilität					
Bewegungsmöglichkeiten	<input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> mit Hilfe <input type="radio"/> nicht möglich <input type="radio"/> Gehstock	durchschnittliche tägliche Trinkmenge			
			Frühstück:	Mittag:	Abend:
Hilfsmittel	<input type="radio"/> Gehstock <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Gehbock <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Sonstiges:	bevorzugtes Getränk/bevorzugte Speisen Abneigung gegen Getränk/Speise Hilfsmittel (gewohntes Trinkgefäß/Geschirr)			
Benötigte Unterstützung bei	<input type="radio"/> Lageveränderung <input type="radio"/> Aufstehen <input type="radio"/> Transfer <input type="radio"/> Sitzen <input type="radio"/> Stehen	Besonderheiten beim Essen und Trinken Rauchgewohnheiten			
Form der Unterstützung		Form der Unterstützung			

	Beschreibung der Situation/Pflegehinweise				Beschreibung der Situation/Pflegehinweise		
5. Ausscheidungen			8. Sich als Frau oder Mann fühlen, z. B. gleichgeschlechtliche Pflegepersonen				
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> dauernd	<input type="radio"/> nachts	Besonderheiten			
Haminkontinenz	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> dauernd	<input type="radio"/> nachts				
Inkontinenzversorgung mit				9. Für eine sichere Umgebung sorgen			
Toilettengänge/Zeiten	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfe	Hilfen zur Orientierung (Zeit, Ort, Person)				
Rituale				Gewohnheiten für die eigene Sicherheit (z. B. Bett an der Wand/Licht)			<input type="radio"/> Bettgitter auf eigenen Wunsch <input type="radio"/> einseitiges Bettgitter <input type="radio"/> Sturzgefahr <input type="radio"/> Sonstiges:
Besonderheiten bei Verweilkatheter - Dauerkatheter/Zystofix	<input type="radio"/> seit wann: <input type="radio"/> letzter Wechsel:						
Form der Unterstützung	<input type="radio"/> Toilettenstuhl <input type="radio"/> Bettpfanne <input type="radio"/> Urinflasche			10. Schmerz			
6. Ankleiden/Auskleiden			Lokalisation/Qualität			wo: <input type="radio"/> in Ruhe <input type="radio"/> in Bewegung <input type="radio"/> chronisch	
Besonderheiten	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfe					
Form der Unterstützung				Ansprechpartner/in im Pflegeheim/Wohnbereich			
			Name: <small>(Bitte in Druckbuchstaben)</small>			Telefonnummer:	
			Datum:			Unterschrift:	
7. Ruhen und Schlafen			<input type="radio"/> Als Anlage wurde beigefügt:				
Gewohnheiten/Besonderheiten (z. B. Hell/dunkel, Zeiten, Bedarf, Bettzubehör)				Stempel:			
Form der Unterstützung							