

# Kölner Überleitungsbogen für Menschen mit Demenz

## I. Informationen zur Krankenhauseinweisung (Stammdaten)

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>geb. am:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Nationalität:</b>	<b>Religion:</b>	<b>Mobilität/Orientierung</b>	
<b>Symptome, die zur Krankenhauseinweisung geführt haben. Seit wann?</b>		Patient ist normalerweise <input type="radio"/> mobil <input type="radio"/> immobil	
		<input type="radio"/> orientiert <input type="radio"/> desorientiert in: <input type="radio"/> Zeit <input type="radio"/> Ort <input type="radio"/> Person	
		<b>Dekubitus</b> <input type="radio"/> Nein	
		<input type="radio"/> ja, siehe Anlage	
		<b>Persönliche Gegenstände</b> <input type="radio"/> Nein	
<b>Einweisungsdiagnose/ -verdacht</b>		<input type="radio"/> Zahnproth. oben/unten <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Hörgerät re/li	
<input type="radio"/> siehe Einweisung <input type="radio"/> Einweisung wird nachgereicht		<input type="radio"/> Sonstige:	
<b>Dauerdiagnosen</b>		<b>Patientenverfügung</b> <input type="radio"/> Nein	
<input type="radio"/> Marcumar <input type="radio"/> Schrittmacher <input type="radio"/> Stoma		<input type="radio"/> anbei <input type="radio"/> wird nachgereicht	
<b>Vitalwerte aktuell / Uhrzeit</b>		<b>Gesetzliche Betreuung/Vollmacht</b> <input type="radio"/> Nein	
RR / Puls /min Temp. °C	Name: Telefonnummer:		
BZ mg % <input type="radio"/> ansprechbar <input type="radio"/> nicht ansprechbar	<input type="radio"/> Urkunde anbei <input type="radio"/> wird nachgereicht		
<b>Ausscheidung</b>		<b>Freiheitsbeschränkende Maßnahmen</b> <input type="radio"/> Nein	
Letzter Stuhlgang am: <input type="radio"/> Durchfall seit:		<input type="radio"/> amtl. Beschluss anbei <input type="radio"/> wird nachgereicht	
Hamverhalt: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja seit: Std.		für:	
<b>Infektionen</b> <input type="radio"/> Nein		<b>Ansprechpartner/in im Pflegeheim/Wohnbereich</b>	
<input type="radio"/> MRSA <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Skabies <input type="radio"/> Hepatitis A/B/C		Name: (Bitte in Druckbuchstaben) Telefonnummer:	
<input type="radio"/> sonstige:			
<b>Allergien</b> <input type="radio"/> Nein		Unterschrift:	
Substanz: <input type="radio"/> Allergie-Pass anbei		<input type="radio"/> Als Anlage wurde beigelegt:	
<b>Längerbestehende neurologische Störungen</b> <input type="radio"/> Nein		Stempel:	
<input type="radio"/> Pupillendifferenz <input type="radio"/> Hemiparese re/li <input type="radio"/> Aphasie			
<input type="radio"/> Taubheit re/li <input type="radio"/> Blindheit re/li <input type="radio"/> delirante Phasen			
<input type="radio"/> Peronäusparese re/li			