

Kölner Überleitungsbogen für Menschen mit Demenz

II. Informationen vom Pflegeheim an das Krankenhaus (Pflegedaten)

Name:	Vorname:	geb. am:	Datum:		
	Beschreibung der Situation/Pflegehinweise		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			
Möglichkeiten der Kontaktaufnahme		4. Essen/Trinken/Genussmittel			
		Kostform	<input type="radio"/> wenn ja, welche		
		Essgewohnheiten			
		Trinkgewohnheiten			
2. Mobilität		durchschnittliche tägliche Trinkmenge			
Bewegungsmöglichkeiten	<input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> mit Hilfe <input type="radio"/> nicht möglich <input type="radio"/> Gehstock		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"/> selbständig <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"/> selbständig <input type="radio"/> mit Hilfe	Ansprechpartner/in im Pflegeheim/Wohnbereich	
Form der Unterstützung		Name: _____ <small>(Bitte in Druckbuchstaben)</small>	Telefonnummer: _____
7. Ruhen und Schlafen		Datum: _____	Unterschrift: _____
Gewohnheiten/Besonderheiten (z. B. Hell/dunkel, Zeiten, Bedarf, Bettzubehör)		<input type="radio"/> Als Anlage wurde beigefügt:	
Form der Unterstützung		Stempel:	