

# Überleitbogen zur Verlegung in die Klinik SLB



Zuverlegung von Einrichtung/ Pflegedienst: \_\_\_\_\_

## Stammdaten Patient

Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/Durchwahl Station: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## Angehörige/ gesetzliche Vertretung:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht:  ja  nein Kopie mitgegeben:  ja  nein

Patientenverfügung:  ja  nein Kopie mitgegeben:  ja  nein

Befreiungsausweis:  ja  nein Kopie mitgegeben:  ja  nein

## Pflegegrad/ Hilfsmittel:

Pflegegrad:  ja \_\_\_\_\_  nein

Hilfsmittel vorhanden: \_\_\_\_\_  ja  nein

\_\_\_\_\_ mitgegeben:  ja  nein

\_\_\_\_\_ mitgegeben:  ja  nein

\_\_\_\_\_ mitgegeben:  ja  nein

Heim-Sauerstoff:  ja  nein mitgegeben:  ja  nein

## Bitte mitgeben:

- Versichertenkarte  Medi-Dispenser  wichtige Medikamente  Insulin-Pen
- Salben  Tropfen  Augentropfen  Inhalatoren  Waschbeutel  Handtücher
- Nacht- und Unterwäsche  bequeme Kleidung  feste Schuhe  Zahnprothese

Bitte KEINE Wertsachen mitgeben!

# Überleitbogen zur Verlegung in die Klinik SLB



## Pflegerrelevante Diagnosen/ Informationen:

Größe: \_\_\_\_\_ m Gewicht: \_\_\_\_\_ kg BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Infektionen:  MRSA  ja  nein  MRGN  ja  nein  \_\_\_\_\_  ja  nein

Kognitive Einschränkung:  ja  nein \_\_\_\_\_

Orientierung: Ort:  ja  nein Zeit:  ja  nein Person:  ja  nein

Schwerhörigkeit:  ja  nein Hörgerät:  ja  nein

Sehschwäche:  ja  nein Brille:  ja  nein

Schmerzen:  ja  nein Lokalisation: \_\_\_\_\_

Schmerzpflaster:  ja  nein Letzter Wechsel: \_\_\_\_\_

Diabetes:  ja  nein Insulinpflichtig:  ja  nein

Insulinplan anbei:  ja  nein

Unverträglichkeiten:  ja  nein \_\_\_\_\_

Allergien:  ja  nein \_\_\_\_\_

Essen/Trinken Übernahme:  ja  nein Kostform: \_\_\_\_\_

Inkontinenz:  ja  nein  Harn  Stuhl:

Letzter Stuhlgang: \_\_\_\_\_ Laxans: \_\_\_\_\_

DK/SPK  Tracheostoma  PEG  Stomaanlage letzter Wechsel: \_\_\_\_\_

Dekubitus  Wunden  Ulcera  \_\_\_\_\_  ja  nein

Lokalisation: \_\_\_\_\_ letzter VW: \_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_ letzter VW: \_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Körperpflege Übernahme:  ja  nein  zum Teil: \_\_\_\_\_

Mobilisation Übernahme:  ja  nein  zum Teil: \_\_\_\_\_

## Weitergehende wichtige Informationen:

---

---

---

---

---