

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Pflegedienst / Krankenhaus / Heim

Pflegerischer Kurzverlegungsbericht

Versicherungskarte ja nein		Pflegekasse:	
Telefon d. Patient(in/en):		Sonstige Kostenträger:	
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	Religion:	Pflegestufe nach SGB XI
lebt alleine lebt zusammen mit:		keine 0 1 2 3 Härtefall	
		Sachleistung Geldleistung	
Ansprechpartner			
Angehörige		Hausarzt	
Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Straße:		Straße:	
Ort:		Ort:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
Gesetzlicher Betreuer		Pflegedienst/Pflegeheim	
Name, Vorname:		Name:	
Straße:		Straße:	
Ort:		Ort:	
Telefon/Fax:		Telefon/Fax:	
Aufgabengebiete:			
Pflegeberatungsgespräch		Diagnosen (s. Arztbrief)	
ja nein			
Datum:			
Ergebnis:			
SGB V Leistungen		SGB XI Leistungen	
		bisherige Medikation: (ggf. Rückseite benutzen)	
		s.Arztbrief Einnahme überw. letzte Einn.:	
Patientenverfügung			
ja nein Aufbewahrungsort:			
Risiken und Infektionen		Sonstige Risiken	
MRSA		Sturzgefahr	
TBC		andere Risiken:	
Hepatitis A B C			
HIV			
andere Infektionen:			
Besonderheiten			
Herzschrittmacher Marcumareinnahme Allergien:			
Schmerzen (Art, Lokalisation, Intensität, Bewältigung):			

Name:

Geburtsdatum:

Essen & Trinken						Ausscheidung					
Kostform:	Diät:					selbständige Toilettenbenutzung	ja	nein			
	S	A	U	TÜ	VÜ	Harninkontinenz	ja	nein			
Flüssigkeitsaufnahme ml/Tag:						Blasenverweilkatheter	ja	nein			
Nahrungsaufnahme						liegt seit: suprapubisch transurethral CH					
Mundgerechte Zubereitung						Stuhlinkontinenz	ja	nein			
Schluckstörungen	ja nein					Stuhlregulierung durch:					
Kontrolle der Flüssigkeits-/ Nahrungsaufnahme erforderlich	ja nein										
Ernährungssonde: ja nein	letzter VW:					zuletzt abgeführt am:					
Sondennahrung (Menge und Häufigkeit)						Anus praeter	ja	nein			
						System:					
						Beutel:					
Waschen & Kleiden						Mobilität					
	S	A	U	TÜ	VÜ		S	A	Ü	TÜ	VÜ
Waschen						Sitzen					
Duschen/Baden						Gehen / Stehen					
Kämmen/Rasieren						Bett aufsuchen/verlassen					
Mundhygiene						Umlagern im Bett					
An- und Auskleiden						Bettlägerig	ja	nein			
Hautpflege:						Lagerung:					
Bewusstsein / Kommunikation						Hilfsmittel					
Orientierung:						Brille			Pflegebett		
Muttersprache:						Hörgerät: re li			Anti-Dekubitusmatratze		
Artikulations-/ Sprachstörungen:						Gehhilfe			Art:		
Sonstiges:						Zahnprothese			Rollator		
						oben unten			Toilettenstuhl		
						Dusch-/Badeinsatz			Toilettenaufsatz		
						Kontinenzversorgung:					
						Sonstige:					
Chronische Wunden											
Wunde vorhanden						ja (siehe Wunderhebungsbogen)			nein		

Legende: S = Selbständig, A = Anleitung, U = Unterstützung, TÜ = Teilweise Übernahme, VÜ = Volle Übernahme

mündliche Übergabe erforderlich ja nein

Empfehlungen/Anmerkungen:

Station / Telefon :

Datum / Unterschrift :

(nach Krankenakte)

Name:

Geburtsdatum:

Wunderhebungsbogen

Wundart:

Grad:

Größe: x cm

Wundversorgung:

Wundtiefe: cm

Sonstiges (Taschenbildung/Auffälligkeiten etc):

Lokalisation:

