

Name:	Vorname:	Geb.:
--------------	-----------------	--------------

1. Kontaktaufnahme durch:

Krankenhaus / Rehaklinik <input type="radio"/> Name der Klinik:	
Gesprächspartner:	Funktion:
Tel.:	Fax:
Mail:	
Angehörige/r <input type="radio"/>	
Name:	Tel.:
Fax:	Mail:

Auf uns aufmerksam geworden durch:

Internet <input type="radio"/>	Zeitung <input type="radio"/>
Verwandte / Bekannte / Freunde <input type="radio"/>	Sonstiges:

2. Erstgespräch

Anschrift:			
Krankenkasse:		Vers.-Nr.:	
Pflegekasse:			
Pflegegrad:		Seit:	
Pflegegrad ist beantragt <input type="radio"/>	Antragsteller:		Datum:
1. Angehörige/r	Name:		
Anschrift:			
Tel.:	Fax:	Mail:	
2. Angehörige/r	Name:		
Anschrift:			
Tel.:	Fax:	Mail:	
Gesetzliche/r Betreuer/in	Name:		
Anschrift:			
Tel.:	Fax:	Mail:	
Aufgabenbereiche:		<input type="radio"/> Gesundheitsfürsorge	
Erstellt von: PEQ	Geprüft durch: QM/PDL/FBL	Freigabe d. M. Teschner	Revision 02/2019
Version 1.2 vom 07.02.18	07.02.18	07.02.18	Seite 1 von 7

<input type="checkbox"/> Vermögenssorge		<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	
<input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden		<input type="checkbox"/> Entscheidung über Unterbringung	
<input type="checkbox"/> Postangelegenheiten			
Besteht eine Vorsorgevollmacht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bevollmächtigte/r:		Name:	
Anschrift:			
Tel.:		Fax:	Mail:
Besteht eine Patientenverfügung?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hausarzt:	Name:		Fachrichtung:
Anschrift:			
Tel.:		Fax:	Mail:
1. Facharzt	Name:		Fachrichtung:
Anschrift:			
Tel.:		Fax:	Mail:
2. Facharzt	Name:		Fachrichtung:
Anschrift:			
Tel.:		Fax:	Mail:
Aktuelle Diagnosen:			
Allergien / Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/> keine bekannt		<input type="checkbox"/> ja und zwar gegen:
Besteht eine eingeschränkte Alltagskompetenz?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fähigkeit zur verbalen Kommunikation vorhanden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Hinweise auf ein Delir?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Angaben zur Interventionsbereitschaft:			
<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> einteilig (ohne Innenkanüle)		<input type="checkbox"/> zweiteilig (mit Innenkanüle)

	<input type="radio"/> geblockt	<input type="radio"/> ungeblockt	Cuffdruck: _____	cmH ₂ O
	Modell und Größe der Trachealkanüle:			
	Sprechventil in der beatmungsfreien Zeit <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
<input type="radio"/> Sauerstoff	Insufflation via <input type="radio"/> Sauerstoffflasche <input type="radio"/> Sauerstoffkonzentrator			
	<input type="radio"/> während der Beatmung	Flow: _____ l/min		
	<input type="radio"/> in der beatmungsfreien Zeit	Flow: _____ l/min		
	Dauer der Sauerstoffapplikation:		_____ h/24 Std.	
<input type="radio"/> invasive Beatmung	Typ des Beatmungsgerätes:			
	Beatmungsmodus:			
	<input type="radio"/> kontinuierlich			
	<input type="radio"/> intermittierend	Beatmungsdauer pro 24 Std.:		
	Soll-Parameter:	p insp:	P exp:	
	Rampe:	AF:	Ziel-Vt:	
	Trigger insp.:	Trigger exp.:	I:E:	
<input type="radio"/> Grenzwerte/Alarme:	Vti (min/max):	Pi (min/max):	AF (min/max):	
<input type="radio"/> nicht invasive Beatmung	Typ des Beatmungsgerätes:			
	Beatmungsmodus:			
	<input type="radio"/> kontinuierlich			
	<input type="radio"/> intermittierend	Beatmungsdauer pro 24 Std.:		
	Typ der Atemmaske:			
<input type="radio"/> Grenzwerte / Alarme	Soll-Parameter:	p insp:	P exp:	
	Rampe:	AF:	Ziel-Vt:	
	Trigger insp.:	Trigger exp.:	I:E:	
	Vti (min/max):	Pi (min/max):	AF (min/max):	
<input type="radio"/> endotracheales Absaugen	<input type="radio"/> geplant	<input type="radio"/> ungeplant	Frequenz: ca. _____	x/24 Std.
	Besonderheiten:			
<input type="radio"/> orales Absaugen	<input type="radio"/> geplant	<input type="radio"/> ungeplant	Frequenz: ca. _____	x/24 Std.
<input type="radio"/> Hustenreflex	<input type="radio"/> vorhanden / suffizient		<input type="radio"/> nicht vorhanden / insuffizient	
	<input type="radio"/> Mechanischer Insufflator / Exsufflator			
	Typ des Insufflators:			

	Häufigkeit der Insufflation: ca. x/24 Std.				
OSekretbeschaffenheit	<input type="radio"/> glasig	<input type="radio"/> eitrig	<input type="radio"/> blutig	<input type="radio"/> zäh	<input type="radio"/> flüssig
	Besonderheiten:				
OWeaningpotenzial	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> derzeit nicht beurteilbar		
ODekanülierungspotenzial	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> derzeit nicht beurteilbar		

Infektionen			
Erreger		Lokalisation	
<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/> ESBL	<input type="radio"/> Trachealsekret	<input type="radio"/> Nasen-/Rachenraum
<input type="radio"/> Pseudomonas	<input type="radio"/> 3-MRGN	<input type="radio"/> Urin	<input type="radio"/> Wunden
<input type="radio"/> 4-MRGN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Haut	<input type="radio"/>
Letzter Abstrich erfolgt am:			

Pflegerrelevante Besonderheiten:			
Marcumar / Falithrom	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	Diabetes mellitus	<input type="radio"/>
Enterostoma	<input type="radio"/>	Urostoma	<input type="radio"/>
Transurethraler Katheter	<input type="radio"/>	Transurethraler Katheter	<input type="radio"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="radio"/>	Inkontinenz	<input type="radio"/>
PEG / PEJ	<input type="radio"/>	PEG / PEJ	<input type="radio"/>
Parenterale Ernährung	<input type="radio"/>	Spezifische Diät	<input type="radio"/>
Demenzielle Erkrankung	<input type="radio"/>	Demenzielle Erkrankung	<input type="radio"/>
Immobilität	<input type="radio"/>	Sturzgefahr	<input type="radio"/>
Kontraktur	<input type="radio"/>	Kontraktur	<input type="radio"/>
Iatrogene Wunden	<input type="radio"/>	Dekubitus	<input type="radio"/>
Ulcus cruris	<input type="radio"/>	Ulcus cruris	<input type="radio"/>
Diabetisches Fußsyndrom	<input type="radio"/>	Lokalisation der Wunde:	

Benötigte Hilfsmittel	
<input type="radio"/> Beatmungszubehör	<input type="radio"/> Beatmungsgerät Typ:
<input type="radio"/> Trachealkanülenset	<input type="radio"/> Absauggerät inkl. Zubehör
<input type="radio"/> Beatmungsmaske Typ:	<input type="radio"/> O ₂ -Konzentrator
<input type="radio"/> Mechanischer Insufflator / Exsufflator	
<input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Therapierollstuhl	Weichlagerungsmatratze
<input type="radio"/> Wechseldruckmatratze	Pflegebett
<input type="radio"/> Personenlifter/Lifertuch	Rutschbrett
<input type="radio"/> Materialien zur enteralen Ernährung	Materialien zur parenteralen Ernährung
<input type="radio"/> Katheterset	IKM:

<input type="checkbox"/> Verbandmaterial	Lagerungskissen
<input type="checkbox"/>	
Provider 1:	Ansprechpartner:
Tel.:	Fax: Mail:
Provider 2:	Ansprechpartner:
Tel.:	Fax: Mail:

3. Erstversorgung / Zeitpunkt der Überleitung

Die Pflegeversorgung soll voraussichtlich beginnen am:	
Datum:	Uhrzeit:

4. Voraussichtlicher Leistungsumfang

SGB XI – Leistungen:	
Zusätzliche Betreuungsleistungen:	
SGB V – Leistungen:	Fachpersonal anwesend 24h <input type="checkbox"/> von bis

Physiotherapie:	

Logotherapie:	
Ergotherapie:	

5. Wünsche des Klienten / Angehörigen / Betreuers

6. Sonstige Vereinbarungen

7. Beratungen (Leistungsspektrum, Kostenstruktur, ergänzende Hilfen)

8. Checkliste Unterlagen

Kopie des Bescheides über Einstufung in die Pflegeversicherung	○
Kopie des MDK-Pflegegutachtens	○

Verordnung über häusliche Krankenpflege	<input type="radio"/>
Kopie der Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/>
Kopie der Patientenverfügung	<input type="radio"/>
Kopie der Bestellungsurkunde gesetzliche Betreuung	<input type="radio"/>
Kopie des Schwerbeschädigtenausweises	<input type="radio"/>
Zuzahlungsbefreiung	<input type="radio"/>
Bestattungsvorsorge	<input type="radio"/>
KH-Berichte/ Befunde	<input type="radio"/>
Therapieplan enterale/parenterale Ernährung	<input type="radio"/>
Medplan/Inhalationsplan	<input type="radio"/>

Datum:

Unterschrift