

Name des Patienten:	
Anschrift:	
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

Name des Angehörigen:	
Anschrift:	
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

Name des Betreuers:	
Anschrift:	
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

Name des Hausarztes:	
Anschrift:	
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

Übernimmt der Hausarzt die weitere Versorgung?  ja  nein

Krankenversicherung:	
Anschrift:	
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

Liegt schon eine Pflegeeinstufung nach SGB XI vor?

- nein  
 beantragt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
 ja:  
 Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

Im Rahmen der weiteren stationären Intensivversorgung benötigen wir von der zu entlassenen Klinik bzw. von dem betreuenden Haus-/Facharzt eine  
Verordnung für die häusliche Krankenpflege.

MPG-Lieferant Beatmung:	
Anschrift:	
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

sonstige MPG-Lieferanten:	
Anschrift:	
Telefon/Fax:	
E-Mail:	

**Entlassungsdiagnosen**

(bitte in Druckschrift, gerne ICD-Nummern angeben)

---

---

---

---

Medikation: Bitte fügen Sie einen aktuellen Ausdruck der Medikation bei.

Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein

**Status des Patienten/der Patientin**

**Psyche**

- |              |                                       |                                       |  |                                      |
|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Bewusstsein: | <input type="checkbox"/> klar         | <input type="checkbox"/> wechselnd    | <input type="checkbox"/> somnolent     | <input type="checkbox"/> komatös     |
| Gedächtnis:  | <input type="checkbox"/> unauffällig  | <input type="checkbox"/> KZG gestört  | <input type="checkbox"/> LZG gestört   | <input type="checkbox"/> wechselnd   |
| Unruhe:      | <input type="checkbox"/> keine        | <input type="checkbox"/> nur tagsüber | <input type="checkbox"/> nur nachts    | <input type="checkbox"/> dauernd     |
| Verhalten:   | <input type="checkbox"/> unauffällig  | <input type="checkbox"/> distanzlos   | <input type="checkbox"/> zeigt Abwehr  | <input type="checkbox"/> angespannt  |
| Wahrnehmung: | <input type="checkbox"/> ungestört    | <input type="checkbox"/> gestört      | <input type="checkbox"/> Halluzination | <input type="checkbox"/> Verknennung |
| Antrieb:     | <input type="checkbox"/> unauffällig  | <input type="checkbox"/> verlangsamt  | <input type="checkbox"/> teilnahmslos  |                                      |
| Stimmung:    | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> ängstlich    | <input type="checkbox"/> depressiv     |                                      |

**Orientierung:**

- |             |                                      |                                    |                                  |
|-------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| zeitlich:   | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> gestört |
| örtlich:    | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> gestört |
| zur Person: | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> gestört |
| situativ:   | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> gestört |

**Kommunikation**

verbal:  problemlos  beschränkt  gestört  
nonverbal:  problemlos  beschränkt  wechselnd  
Aphasie:  motorisch  sensorisch

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**Mobilität**

bis Bettkante:  mit Hilfe  nicht möglich  
bis Sitzen:  mit Hilfe  nicht möglich  
in den Rollstuhl:  mit Hilfe  nicht möglich

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**Multiresistente Keime/Besiedelungen**

frei von multiresistenten Keimen

MRSA Lokalisation: \_\_\_\_\_ Sanierung: \_\_\_\_\_

VRE Lokalisation: \_\_\_\_\_

Clost. Difficile Therapie: \_\_\_\_\_

MRGN 3 Erreger: \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

MRGN 4 Erreger: \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

**Ernährung**

oral:  mit Hilfe  nicht möglich  
enteral:  PEG  PEJ  Nasensonde Ch.: \_\_\_\_\_

Übelkeit  Erbrechen

Flüssigkeit: \_\_\_\_\_ ml/Tag: \_\_\_\_\_

Nahrung (Präparat): \_\_\_\_\_ kcal/Tag: \_\_\_\_\_

**Ausscheidung**

**Harn:**  inkontinent Inkontinenzprodukt: \_\_\_\_\_

Menge/Tag: \_\_\_\_\_

BDK Art: \_\_\_\_\_ Ch: \_\_\_\_\_ Letzter Wechsel: \_\_\_\_\_

SPDK Art: \_\_\_\_\_ Ch: \_\_\_\_\_ Letzter Wechsel: \_\_\_\_\_

Urostoma:  rechts  links Letzter Wechsel: \_\_\_\_\_

Dialyse Intervall:  Mo  Di  Mi  Do  Fr

**Stuhl:**  kontinent  inkontinent

Diarrhoe  Obstipation Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Anus Praeter

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**Hautverhältnisse**

normal  trocken  schweißig  
 Neurodermitis  Schuppenflechte  
 Pilzbefall

Dekubitus

Lokalisation: Grad: Verbandswechsel:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lokalisation: Grad: Verbandswechsel:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lokalisation: Grad: Verbandswechsel:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sonstiges**

Allergien: \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher:  ja  nein

**Hilfsmittelstatus**

Bitte kreuzen Sie an bzw. fügen hinzu, welche Hilfsmittel der Patient benötigt  
 (Verordnungen bitte vor Heimaufnahme faxen):

<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Pflegerollstuhl
<input type="checkbox"/> transurethraler Katheter/Verbandsset	<input type="checkbox"/> SPK-Verbandsset	
<input type="checkbox"/> Inhalator	<input type="checkbox"/> Vernebler	<input type="checkbox"/> O2-Konzentrator
<input type="checkbox"/> Überleitungsgeräte	<input type="checkbox"/> PEG-Pumpe	<input type="checkbox"/> Sondenkost
<input type="checkbox"/> Verbandsmaterial	<input type="checkbox"/> Infusionsständer	
<input type="checkbox"/> Absauggerät/-schläuche	<input type="checkbox"/> Pulsoxymeter	<input type="checkbox"/> Cuff-Assist
<input type="checkbox"/> Tracheostoma Erstversorgung	<input type="checkbox"/> Alarmkabel für Notruf	
<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät:	<input type="checkbox"/> Beatmungssysteme	

**Beatmung**

ja

nein

invasiv				nicht invasiv			
<input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> intermittierend			<input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> intermittierend		
<input type="checkbox"/> Einschlauch-system	<input type="checkbox"/> Einschlauch-system						
<input type="checkbox"/> Zweischlauch-system	<input type="checkbox"/> Zweischlauch-system						
Beatmungsform		Beatmungsform		Beatmungsform		Beatmungsform	
<input type="checkbox"/> APCV	<input type="checkbox"/> VCV	<input type="checkbox"/> APCV	<input type="checkbox"/> VCV	<input type="checkbox"/> APCV	<input type="checkbox"/> VCV	<input type="checkbox"/> APCV	<input type="checkbox"/> VCV
<input type="checkbox"/> PCV		<input type="checkbox"/> PCV		<input type="checkbox"/> PCV	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> PCV	<input type="checkbox"/> ST
<input type="checkbox"/> PSV		<input type="checkbox"/> PSV		<input type="checkbox"/> PSV	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> PSV	<input type="checkbox"/> T
Parameter	Parameter	Parameter	Parameter	Parameter	Parameter	Parameter	Parameter
IPAP/Pinsp.:	IPAP/Pinsp.:	IPAP/Pinsp.:	IPAP/Pinsp.:	IPAP/Pinsp.:	IPAP/Pinsp.:	IPAP/Pinsp.:	IPAP/Pinsp.:
EPAP/PEEP:	EPAP/PEEP:	EPAP/PEEP:	EPAP/PEEP:	EPAP/PEEP:	EPAP/PEEP:	EPAP/PEEP:	EPAP/PEEP:
AF/min.:	AF/min.:	AF/min.:	AF/min.:	AF/min.:	AF/min.:	AF/min.:	AF/min.:
Tinsp./I:E:	Tinsp./I:E:	Tinsp./I:E:	Tinsp./I:E:	Tinsp./I:E:	Tinsp./I:E:	Tinsp./I:E:	Tinsp./I:E:
Vte:	Vte:	Vti:	Vti:	Vte:	Vte:	Vti:	Vti:
Trigger:	Trigger:	Trigger:	Trigger:	Trigger:	Trigger:	Trigger:	Trigger:
Cuff:	Cuff:						
<input type="checkbox"/> Dilatations-tracheostoma	<input type="checkbox"/> Dilatations-tracheostoma	<input type="checkbox"/> Mund-Nasen-maske	<input type="checkbox"/> Mund-Nasen-maske	<input type="checkbox"/> Dilatations-tracheostoma	<input type="checkbox"/> Dilatations-tracheostoma	<input type="checkbox"/> Mund-Nasen-maske	<input type="checkbox"/> Mund-Nasen-maske
<input type="checkbox"/> plastisches Tracheostoma	<input type="checkbox"/> plastisches Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Vollgesichts-maske	<input type="checkbox"/> Vollgesichts-maske	<input type="checkbox"/> plastisches Tracheostoma	<input type="checkbox"/> plastisches Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Vollgesichts-maske	<input type="checkbox"/> Vollgesichts-maske
		<input type="checkbox"/> Nasenmaske	<input type="checkbox"/> Nasenmaske			<input type="checkbox"/> Nasenmaske	<input type="checkbox"/> Nasenmaske
Datum Anlage:							
Letzter Wechsel:							

**Atemluftbefeuchtung**

passiv (HME-Filter)

aktiv

Hersteller /Typ: \_\_\_\_\_

**Sauerstoffbedarf**

ja

nein

in Ruhe

\_\_\_\_\_ l/min.

bei Belastung

\_\_\_\_\_ l/min.

unter Beatmung

\_\_\_\_\_ l/min.

Sauerstoffquelle stationär:

Konzentrator

Sauerstoffflasche

Flüssigsauerstoff

Sauerstoffquelle mobil: \_\_\_\_\_

**Trachealkanüle/Sekretmanagement**

**Trachealkanüle:**

einteilig (ohne Innenkanüle)

zweiteilig (mit Innenkanüle)

mit Manschette (Cuff)

ohne Manschette (Cuff)

gefenstert/gesiebt

Größe: \_\_\_\_\_

**Trachealsekret:**

wenig

mäßig

reichlich

normal

zäh

flüssig

Häufigkeit/tgl.: \_\_\_\_\_

**Inhalation:**

Kochsalz

Emser-Sole

Sultanol/Atrovent

Typ: \_\_\_\_\_

Häufigkeit/tgl.: \_\_\_\_\_

**Absauggerät:**

ja

nein

Typ: \_\_\_\_\_

**Abhusten:**

eigenständig

maschinelle Unterstützung

Typ: \_\_\_\_\_

**Nachfolgende Therapien werden empfohlen:**

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | Häufigkeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie     | Häufigkeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Logopädie        | Häufigkeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____            | Häufigkeit: _____ |

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum und Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Pflegefachkraft

\_\_\_\_\_  
Datum und Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes