

Pflegeverlegungsbericht

Name Straße Stadt Krankenkasse Pflegestufe	
--	--

von

zu

Name der Einrichtung: Abteilung: Station: Telefonnummer:	Name der Einrichtung: Abteilung: Station: Telefonnummer:
---	---

MRSA Screening	☐ Ja	☐ Nein
MRSA Befund	☐ Ja	☐ Nein

Persönliche Angaben:

Geburtsdatum:	
Aleinstehend	☐ Ja ☐ Nein
Gesetzlicher Betreuer	
Ansprechpartner	

Medikation

Einnahme	☐ selbständig ☐ mit Hilfe ☐ mit Überwachung
Insulin	☐ Ja ☐ Nein
Anmerkung:	

Grund für Verlegung

--

Fixierung ☐ Genehmigt ☐ Nicht genehmigt

Kommunikation

Verbal	☐ Ja ☐ Nein
Nonverbal	☐ Ja ☐ Nein

Orientierung

zeitlich	☐ Ja	☐ Nein	☐ Gelegentlich
örtlich	☐ Ja	☐ Nein	☐ Gelegentlich
situativ	☐ Ja	☐ Nein	☐ Gelegentlich
persönlich	☐ Ja	☐ Nein	☐ Gelegentlich
☐ Läuft zeitweise weg		☐ Demenz	

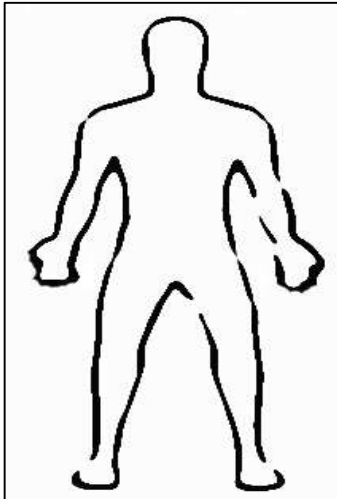
Bewußtseinslage

☐ Wach	☐ Stuporös
☐ Somnolent	☐ Koma

Ernährung

Dysphagie	☐ Ja	☐ Nein		
Hilfestellung nötig	☐ Ja	☐ Nein		
Kostform:	☐ Normal	☐ Püriert	☐ Flüssig	☐ Sonde
Anmerkung:				

Schmerzen



Schmerz	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzmedikamente	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzintensität / Skala 1-10:		
Anmerkung:		

Atmung

Normal	☐ Ja	☐ Nein		
Problematisch	☐ Ruhezustand	☐ Bei Belastung		

Schlaf

Schlafstörung	☐ Ja	☐ Nein		
Anmerkung:				

Bekannte Diagnosen

Dekubitus	☐ Ja	☐ Nein	Grad:
Anmerkung:			

Therapien

--

Hilfsmittel

Gehhilfe	☐ Rollator	☐ Gehstock
Sitzhilfe	☐ Toilettensstuhl	☐ Lifter
Sonstiges:		

Pflegeaufwand

Waschen	☐ Selbstständig	☐ Braucht Hilfe	☐ Im Bett
An- und Auskleiden	☐ Selbstständig	☐ Braucht Hilfe	☐ Im Bett
Toilettengang	☐ Selbstständig	☐ Braucht Hilfe	☐ Im Bett
Mund- Gesichtspflege	☐ Selbstständig	☐ Braucht Hilfe	☐ Im Bett

Weitere Anmerkungen