

RHE Überleitungsbogen zur Aufnahme im AWO SZ Rheinaue

Sehr geehrte Damen und Herren,

um uns auf die Aufnahme ihrer/s unten angegebenen Patient/e/in in unser Pflegeheim vorbereiten und eine reibungslose Aufnahme sicherstellen zu können bitten wir Sie den Überleitungsbogen ausgefüllt an uns zurückzuschicken. Mit der Einholung der angegebenen Fragen ist Ihr/e Patient/in einverstanden.

Herzlichen Dank



Seniorenzentrum
Rheinaue

Kantstraße 3
76676 Graben-Neudorf
Tel: 0 72 55 / 76 46 – 0
Fax: 0 72 55 / 76 46 - 100

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Behandelnde Ärzte

Hausarzt: _____ Betreuung auch weiter ja ☐, Tel.: _____ nein ☐

Facharzt: _____ Fachgebiet: _____ Tel.: _____

Diagnosen: _____

Aktuell verordnete Medikamente oder Medikamentenblatt beifügen

Medikament:	Dosierung	morgens, mittags, abends,
_____	_____	_____, _____, _____
_____	_____	_____, _____, _____
_____	_____	_____, _____, _____

Diabetiker/in ja ☐, (insulinpflichtig ja ☐, nein ☐, BE/Tag: _____) nein ☐

Ansteckende Krankheiten ja ☐, welche _____ nein ☐

Suchtkrankheiten ja ☐, welche _____ nein ☐

Allergien/Unverträglichkeiten ja ☐, welche: _____ nein ☐

Dialysepflichtig ja ☐, Dialysezentrum: _____ nein ☐

Wunden ja ☐, Lokalisation: _____ nein ☐

Besonderer Behandlungs- und Pflegebedarf

Sauerstoffgabe	ja ☐	nein ☐
Versorgung der Trachealkanüle	ja ☐	nein ☐
Subcutane Infusion	ja ☐	nein ☐
Venöser Zugang	ja ☐	nein ☐
Herzschrittmacher	ja ☐	nein ☐

Pflege- und Betreuungsanamnese:
Kommunikation:

Sprache eingeschränkt	ja ☐	nein ☐		
Gehör eingeschränkt	ja ☐	nein ☐	Hörgerät:	ja ☐ nein ☐
Sehen eingeschränkt	ja ☐	nein ☐	Brille:	ja ☐ nein ☐

Vorhandene Orientierung:

Zum Ort	ja ☐	zeitweise ☐	nein ☐
Zur Situation	ja ☐	zeitweise ☐	nein ☐
Zur Zeit	ja ☐	zeitweise ☐	nein ☐
Zur Person	ja ☐	zeitweise ☐	nein ☐

Auffälligkeiten:

Schlafstörung	ja ☐	nein ☐
Abwehrverhalten	ja ☐	nein ☐
Unruhig	ja ☐	nein ☐
Antreibungslosigkeit	ja ☐	nein ☐
Bewusstseinslage:	wach ☐	ansprechbar ☐ somnolent ☐ komatös ☐

Weitere Verhaltensauffälligkeiten: _____

Mobilität

Gehen	selbständig ja ☐ ,	mit Hilfe ☐	nein ☐
Stehen	selbständig ja ☐ ,	mit Hilfe ☐	nein ☐
Treppen steigen	selbständig ja ☐ ,	mit Hilfe ☐	nein ☐
Sitzen	selbständig ja ☐ ,	mit Hilfe ☐	nein ☐
Lagerungswechsel	selbständig ja ☐ ,	mit Hilfe ☐	nein ☐
Bettlägerigkeit	ja ☐ ,	zeitweise ☐	nein ☐
Spastiken	ja ☐ _____		nein ☐
Kontrakturen	ja ☐ _____		nein ☐
Amputationen	ja ☐ _____		nein ☐
Vorhandene Hilfsmittel	Rollator ☐	Rollstuhl ☐	Prothese ☐

Andere ☐ _____

Körperpflege:

	ohne Hilfe	Teilübernahme	Vollübernahme nötig
Waschen	☐	☐	☐
Duschen/Baden	☐	☐	☐
Zahn-/Mundpflege	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐
Kämmen	☐	☐	☐
An- Auskleiden	☐	☐	☐

Ernährung:

Ernährungsstatus: normalgewichtig ☐, untergewichtig ☐, übergewichtig ☐

Kalorienbedarf/Tag: _____ kcal, Flüssigkeitsbedarf/Tag _____ ml

Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme: nein ☐, teilweise ☐, ja ☐

Mundgerechte Zubereitung nötig: ja ☐, nein ☐

Hilfsmittel: PEG ☐,

Sonstiges _____

Ausscheidungen:

Harninkontinenz ja ☐, nein ☐

Stuhlinkontinenz ja ☐, nein ☐

Dauerkatheter ja ☐, zuletzt gewechselt am: _____, nein ☐

Anus praeter ja ☐, nein ☐

Weitere Besonderheiten: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Datum Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt oder Entlassende Einrichtung

Bitte zurücksenden an:

Fax: 07255 / 7646-100

E-Mail: Info.SZGrabenNeudorf@awo-baden.de