

# Überleitbogen

## Anwesende Personen:

Patient

Partner / Angehörige

Betreuer

Sozialdienst

Arzt

Pflege

## Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum:     /     /

Familienstand: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  beantragt am:

vorhanden, welcher Grad: \_\_\_\_\_

## Angehörige:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Stand zum Pat.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Stand zum Pat.: \_\_\_\_\_

## Hausarzt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Vorsorgedokumente

### Pat.-Verf.:

vorhanden

in Bearbeitung

nicht vorhanden

### Vorsorgevollmacht:

# Überleitbogen

vorhanden

in Bearbeitung

nicht vorhanden

Vorsorgebevollmächtigter: \_\_\_\_\_

## **Betreuung:**

vorhanden, Betreuer: \_\_\_\_\_

beantragt bei: \_\_\_\_\_

nicht benötigt

## **Hospizinitiative:**

bereits eingebunden

wird informiert

nicht gewünscht

## **Aufklärungsgespräche über Therapieziel geführt mit:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Gewünschte Versorgung:**

\_\_\_\_\_

## **Bei Verschlechterung / Krisensituationen / Notfällen:**

Notarzt gewünscht:

ja

nein

Krankenhauseinweisung:

ja

nein

Notfallplan / Bedarfsmed.:

vorhanden

in Bearbeitung

## **Diagnosen:**

\_\_\_\_\_

## **Aktuelle Medikation zur Entlassung:**

siehe Medikamentenplan

# Überleitbogen

## Bedarfsmedikation bei Krisen:

☐ siehe Notfallplan

**Infektionen:**     ☐ keine                             ☐ ja: \_\_\_\_\_

**Wunden:**             ☐ keine                             ☐ ja, siehe Wunddokumentation  
☐ Hersteller der Wundaufgaben: \_\_\_\_\_

Wundmaterial: \_\_\_\_\_

**Stoma:**                     ☐ nein                             ☐ ja, Lieferant / Stomatherapeut: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ernährung:**             ☐ ohne Einschränkungen             ☐ Zusatznahrung, Lieferant: \_\_\_\_\_  
☐ über Port, Lieferant: \_\_\_\_\_

**Sauerstoff:**             ☐ wird nicht benötigt             ☐ wird benötigt, Lieferant: \_\_\_\_\_

**Absaugung:**             ☐ wird nicht benötigt             ☐ wird benötigt, Lieferant: \_\_\_\_\_

## Spezielle Hilfsmittel:

☐ nicht benötigt

☐ benötigt wird: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieferant: \_\_\_\_\_

☐ Überleitbogen / Überleitung bearbeitet durch: \_\_\_\_\_

☐ Aufklärungsgespräche wurden geführt durch: \_\_\_\_\_

Gespräche wurden geführt mit: \_\_\_\_\_

☐ Verhalten bei Verschlechterung / Notfällen besprochen durch: \_\_\_\_\_

Gespräche geführt mit: \_\_\_\_\_

# Überleitbogen

☐ Hausarzt wurde informiert durch: \_\_\_\_\_

☐ Pflegeeinrichtung umfassend informiert durch: \_\_\_\_\_

☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

---