Pflegebegleitbericht – in Ergänzung zur ärztlichen Anlage

Erarbeitet von der AG Pflegebegleitbericht im Landkreis Reutlingen

Entlassdatum/Adressat/Verlegung nach	**Absender/Verlegung von**

Patient/-in/Bewohner/-in

Name _____ Geburtsdatum _____
Anschrift _____ Familienstand _____
Telefon/Fax _____ Nationalität _____
Kranken-/Pflegekasse _____ Lebt alleine ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Pflegegrad/Höhergruppierung beantragt ☐ ja, wann _____ ☐ nein

Verordnung ausgestellt ☐ **§ 37 Abs. 1 SGB V** ☐ **§ 37 Abs. 2 SGB V**
Rezepte mitgegeben ☐ ja ☐ nein
Medikamente mitgegeben ☐ ja ☐ nein

Kontaktperson Art der Beziehung _____
Name _____
Anschrift _____
Telefon/Fax _____ E-Mail _____

☐ **Betreuung** ☐ **Vollmacht** angeregt ☐ ja ☐ nein
besteht ☐ ja ☐ nein
Name _____
Anschrift _____
Telefon/Fax _____ E-Mail _____

Patientenverfügung liegt vor ☐ ja ☐ nein **Notfallplan liegt vor** ☐ ja ☐ nein

Hausarzt/-ärztin _____ Telefon/Fax _____
Anschrift _____ E-Mail _____

Palliativ-Versorgung _____ **Brückenpflege** ☐ ja ☐ nein **SAPV** ☐ ja ☐ nein

Erschwernisfaktoren
☐ Sturzgefahr ☐ Drainagen ☐ Chronische Schmerzen ☐ Akute Schmerzen
☐ Pflege nur zu zweit möglich ☐ Demenz ☐ Starke Verhaltensauffälligkeit ☐ Abwehrverhalten
☐ adipös ☐ kachektisch ☐ _____

Körperpflege

	selbst-ständig	überwiegend selbst-ständig	überwieg. unselbst-ständig	unselbst-ständig
Waschen/Duschen Oberk.	☐	☐	☐	☐
Waschen/Duschen Unterk.	☐	☐	☐	☐
An-/Auskleiden Oberk.	☐	☐	☐	☐
An-/Auskleiden Unterk.	☐	☐	☐	☐

Mobilität

	selbst-ständig	überwiegend selbst-ständig	überwieg. unselbst-ständig	unselbst-ständig
Aufstehen	☐	☐	☐	☐
Transfer	☐	☐	☐	☐
Stehen	☐	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppen steigen	☐	☐	☐	☐
Bewegung im Bett	☐	☐	☐	☐

☐ Kontrakturen/Versteifung großer Gelenke
☐ Hemiplegien und Paresen
☐ Hochgradige Spastik
Hinweise
_____

Ernährung

	selbst-ständig	überwiegend selbst-ständig	überwieg. unselbst-ständig	unselbst-ständig
Essen	☐	☐	☐	☐
Trinken	☐	☐	☐	☐

Empfohlene Trinkmenge _____ ml

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

☐ **Schluckprobleme** _____
☐ Flüssigkeit eindicken
☐ Kauprobleme
☐ **PEG** (letzter Wechsel) _____
☐ Sondennahrung _____
Selbstständige Essenszubereitung möglich ☐ ja ☐ nein
Essen auf Rädern ☐ ja ☐ nein
Zahnprothese ☐ oben ☐ unten

Kostformen/Besonderheiten
(z. B. kulturell, religionsspezifisch)
_____

Copyright © Stadt Reutlingen, Sozialamt, Abteilung für Ältere/Hauptamt, Virtuelles Rathaus 2022

Ausscheidungen

Hilfebedarf beim Wasserlassen ☐ ja ☐ nein
kontinent ☐ ja ☐ nein

Hilfebedarf beim Stuhlgang ☐ ja ☐ nein
kontinent ☐ ja ☐ nein

Zuletzt am _____

Neigung zu ☐ Diarrhoe ☐ Stoma ☐ Obstipation

Inkontinenzhilfsmittel

☐ ja, aufsaugend mit _____

☐ ja, ableitend mit ☐ Kondomurinal ☐ Blasenkatheter ☐ transurethral ☐ suprapubisch

Liegt seit _____ Letzter Wechsel _____

Hinweise/Indikationen _____

Kommunizieren

Probleme bei ☐ sprechen ☐ hören ☐ hören stark eingeschränkt ☐ Hörgerät
☐ begreifen ☐ sehen ☐ sehen stark eingeschränkt ☐ Brille

Verständigung auf Deutsch möglich ☐ ja ☐ nein Muttersprache _____

Hinweise _____ ☐ keine sprachlichen Äußerungen mehr

Kognitive Fähigkeiten

Ansprechbar ☐ ja ☐ nein

☐ akute Verwirrung ☐ chronische Verwirrung

☐ Selbstgefährdung: _____

☐ Fremdgefährdung: _____

☐ Freiheitsentziehende Maßnahmen: _____

Hinweise/Besonderheiten _____

Orientierung

	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
zeitlich	☐	☐	☐	☐
zur Person	☐	☐	☐	☐
situativ	☐	☐	☐	☐
örtlich	☐	☐	☐	☐

☐ spezielle Ängste ☐ Wahnvorstellungen
☐ Hin-/Weglauftendenzen ☐ Ablehnen von Hilfe

Nächtlicher Hilfe-/Pflegebedarf ☐ nein ☐ ja, bei _____

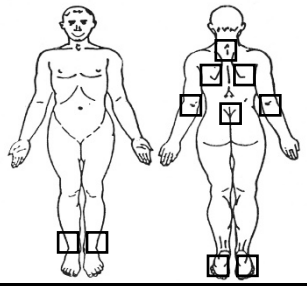
Vitalfunktionen

Atmung beeinträchtigt durch _____ Sauerstoff ☐ ja ☐ nein

Besonderes (z. B. Port, Shunt, Schrittmacher) _____

Hautzustand intakt ☐ ja ☐ nein

☐ Dekubitus, Grad _____
☐ Ulkus _____
☐ Sonstiges _____



Wundüberleitungsbogen erforderlich ☐ ja ☐ nein
Wundversorgungsmaterial mitgegeben ☐ ja ☐ nein

Ruhen und Schlafen

☐ Einschlafstörungen ☐ Schlafumkehr ☐ Durchschlafstörungen ☐ Nachtaktiv

Hinweise/gewohnte Einschlafhilfe/Schlafgewohnheiten _____

Weiterversorgung

Pflege auf einem Stockwerk ☐ ja ☐ nein
Wohnung rollstuhlgerecht ☐ ja ☐ nein

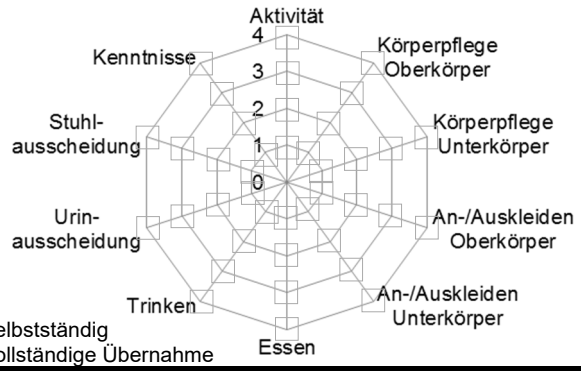
	empfohlen	organisiert	vorhanden
Pflegebett	☐	☐	☐
Notrufsystem	☐	☐	☐
Hauswirtschaftl. Versorgung	☐	☐	☐
Tagespflege	☐	☐	☐

Sonstiges _____

Technische Hilfsmittel

	empfohlen	organisiert	vorhanden
Antidekubitusmatratze	☐	☐	☐
Badewannenlifter	☐	☐	☐
Toilettensitzerhöhung	☐	☐	☐
Toilettenstuhl	☐	☐	☐
Rollator/Gehhilfen	☐	☐	☐
Rollstuhl	☐	☐	☐
Inhalator	☐	☐	☐
Absauggerät	☐	☐	☐

Sonstiges _____



4: selbstständig
1: vollständige Übernahme

Bogen ausgefüllt von ☐ Patient/-in/Bewohner/-in
☐ Pflegekraft ☐ Angehörige/-r/Betreuer/-in

Name _____

Station/Wohnbereich _____

Telefon/Fax _____

Bitte nach dem Ausdrucken handschriftlich unterzeichnen

Ort, Datum Unterschrift

Copyright © Stadt Reutlingen, Sozialamt, Abteilung für Ältere/Hauptamt, Virtuelles Rathaus 2022

Drucken