



www.leben-mit-intensivpflege.de

Überleitungsbogen für ambulante Intensivpflege

Name des Patienten	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Angehörige/Betreuer	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon	

Pflegedienst	
Straße/Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Ansprechpartner	
Telefon	
Fax	

Krankenkasse/BG	
Ansprechpartner	
Versicherungsnummer	
Straße/Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon	
Fax	

Klinik	
Straße/Hausnummer	
PLZ Ort	
Sozialdienst Name/Telefon	
Station/Stationsleitung Name/Telefon	
Stationsarzt Name/Telefon	

Hausarzt	
Straße/Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon	

Diagnosen	
Prognose	
Ziel der ärztlichen Behandlung	
Stundenumfang d. Intensivpflege	
Psychosoziale Situation	

Statuserhebung

Psyche

- Bewusstsein: klar wechselhaft somnolent komatös
- Gedächtnis: altersentsprechend gestört/wechselhaft weitgehend aufgehoben
- Orientierung: unauffällig zeitweise gestört immer/meist gestört/
 zeitlich örtlich situativ zur Person
- Antrieb: unauffällig verlangsamt teilnahmslos
- Stimmung: unauffällig depressiv euphorisch ängstlich
- Unruhe: bei Tag bei Nacht motorisch verbal
- Verhalten: unauffällig distanzlos abwehrend
- Wahrnehmung : unauffällig Verkennung Personen/Dinge Halluzinationen

Bemerkungen _____

Kommunikation

- verbal nonverbal Hilfsmittel _____
- problemlos eingeschränkt nicht möglich _____
- motorisch sensorisch

Bemerkungen _____

Beatmungspflicht

- nein Ja Zwerchfellstimulator _____ Stunden
- nicht invasiv invasiv
- 24 Stunden nachts _____ Stunden
- intermittierend tags _____

Bemerkungen _____

Sauerstoffbedarf

- Nein Ja intermittierend
- bei Spontanatmung _____ L/min beatmet _____ L/min
- bei Belastung _____ L/min in Ruhe _____ L/min
- Dauer _____ Stunden täglich
- davon außer Haus _____ Stunden täglich

- Spontan-O2 wiederholt unter 55 mmHg? Ja Nein
- Pulmonale Hypertonie _____ mmHG
- Hypertonie.....mmHg _____
- PO2-Anstieg auf _____ mmHG unter _____ l/min O2 Testatmung
- PCO2-Anstieg auf max. _____ mmHG

Bemerkungen _____

Tracheostoma

- Nein Ja seit: _____
- Anlagetyp dilatativ epithelisiert
- Stomakanalweite adäquat weit eng

Bemerkungen _____

Hautverhältnisse des Tracheostomas

- unauffällig gerötet feucht mazeriert entzündet

Bemerkungen:

Verbandwechsel

Halteband _____ Kompresse: _____

- steril unsteril
 Pflegefachpersonal Angehörige selbst

Unter Einsatz von Octenisept Stomaöl NaCl _____

Bemerkungen:

Kanülenwechsel

Kanülentyp/Hersteller _____ Größe gefensterter

- einteilig zweiteilig
 Einmalmaterial
 Cuff Lanz Cuff

Wechseltturnus _____ /Woche
Unter Einsatz von Xylocain Gel Silikonspray Stomaöl Seldinger

Bemerkungen:

Maskenwechsel

Maskentyp/Hersteller _____ Größe

- Industriemaske individuelle
 Fullface
 Mundstück Nasenmaske Mund-Nasenmaske

Anzahl:

Bemerkungen:

Durchführung erfolgt durch:

- Pflegepersonal Arzt Angehörige
 Allein Zu zweit Sonstige _____

Bemerkungen:

Probleme beim Kanülen-/Maskenwechsel

- Hustenreiz kein leicht mäßig stark
 Vagusreiz/Bradykardie Nein Ja
 Blutung Nein Ja
 Schmerzen leicht mäßig stark
 Erbrechen Nein Ja
Präoxygenierung notwendig ? Nein Ja Nein

Bemerkungen:

Abhusten

- selbstständig nicht suffizient maschinelle Unterstützung

Bemerkungen:

Trachealsekret

- wenig mäßig reichlich
 zäh flüssig

durchschnittl. Absaugfrequenz innerhalb der letzten 14 Tage _____ /Tag

Bemerkungen:

Hilfsmittel

Beatmung

Respiratortyp _____ Anzahl _____
 Einschlauchgerät Zweislauchgerät

Bemerkungen:

Beatmungsform

- CMV (kontrolliert) assistiert/kontrolliert assistiert
- PCV (druckkontrolliert) CFV (mit konstantem Flow) PSV (druckunterstütztspontan)
- VCV (volumenkontrolliert) VS, VSV (volumenunterstützt) PAV (druckunterstützt)
- PRVC (druck- und volumenkontrolliert)

Druck IPAP _____ mbar Druck EPAP _____ mbar
VT Tidal Volume _____ ml Beatmungsrate _____
Trigger inspiration _____ Trigger expiration _____
PEEP _____ mbar

Bemerkungen:

Befeuchtung der Atemluft

- Nein
- aktiv System: _____
- passiv HME-Filter Sonstiges: _____

Bemerkungen:

Sauerstoffquelle

- Konzentrator Flüssigsauerstoff
- Sauerstoffflasche mobil Sparsystem

Bemerkungen:

Absauggeräte

Ja Nein
Anzahl/Typ stationär _____
Anzahl/Typ Mobil mit Akku _____

Bemerkungen:

Inhalationsgerät

- Nein Ja
- Kaltverneblung Warmverneblung Düsenvernebler Ultraschallvernebler

Medikamente: _____

Hersteller/Typ: _____

Bemerkungen:

Weitere Hilfsmittel

Pflege

Ernährung

- oral _____
- Sonde _____
- parenteral über _____
- Wechselfrequenz der Sonde _____ / _____
- Medikamente über _____
- Probleme bei der Ernährung Regurgitation _____

Bemerkungen:

Ausscheidung

- Harn
- physiologisch
 - transurethraler DK
 - suprapubischer DK
 - Urostoma
 - Dialyse
 - Einmalkatheter

Bemerkungen:

Stuhl

- Harn
- physiologisch
 - Anus Praeter
 - Klysma

Bemerkungen:

Mobilität

- mobilisierbar Nein bis Bettkante in den Rollstuhl
- stehfähig Ja Nein
- Gehfähig Ja Nein
- selbstständig
- mit Hilfe

- Nackengriff rechts Ja Nein

- Schürzengriff rechts Ja Nein

- Faustschluss rechts Ja Nein

- Pinzettengriff rechts Ja Nein

- Nackengriff links Ja Nein

- Schürzengriff links Ja Nein

- Faustschluss links Ja Nein

- Pinzettengriff links Ja Nein

Bemerkungen:

Aktuelles

Aktuelle Pflegeziele

medizinisch-pflegerische Probleme

Ort

Datum

Unterschrift Pflege

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Daten dem MDK zum Zwecke der Feststellung der Pflegebedürftigkeit / der gewählten Pflegeeinrichtung / Pflegedienst zur Durchführung der erforderlichen Pflege sowie der zuständigen Krankenkasse zur Planung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V übersandt werden.

Ort

Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer

Bedarfsermittlung für Anti-Dekubitus-Lagerungshilfsmittel

Welche Maßnahmen zur Dekubitus-Prophylaxe bzw. -behandlung wurden bisher durchgeführt ?

Wo ist der Dekubitus entstanden?

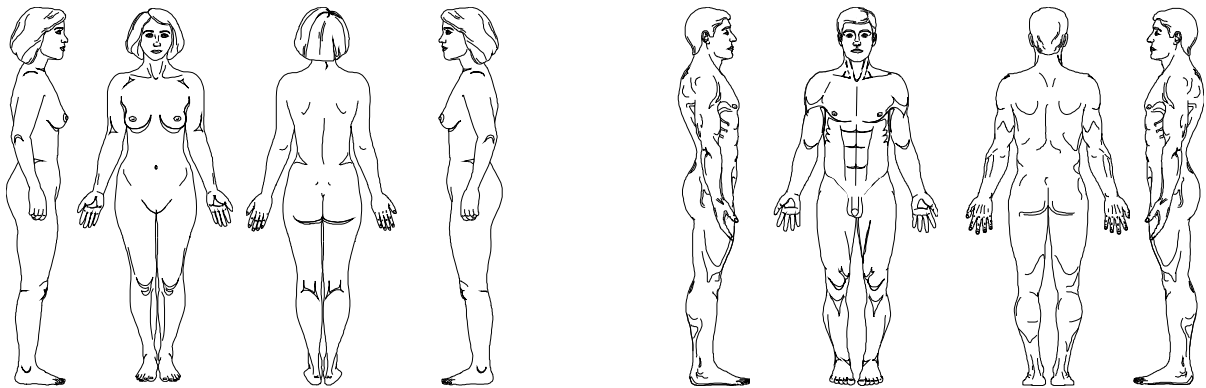
Welche Art der Wundversorgung wurde bisher durchgeführt?

Welche Art der Wundversorgung wurde vorgeschlagen?

Dokumentation der Hautschäden:

Bitte markieren Sie: = gefährdeter Bereich

X = bestehender Dekubitus-prophylaxe



Beschreibung des Dekubitus (Größe und Grad) bezogen auf die Markierungen:

1	
2	
3	
4	
5	
6	

Braden-Skala (komprimierte Form) zur Einschätzung des Dekubitusrisikos

Sensorische Wahrnehmung	A	Vollständig eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	1	Stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	2	Leicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	3	Keine Einschränkung	<input type="checkbox"/>	4
Feuchtigkeit	B	Ständig feucht	<input type="checkbox"/>	1	Sehr feucht	<input type="checkbox"/>	2	Gelegentlich feucht	<input type="checkbox"/>	3	Selten feucht	<input type="checkbox"/>	4
Aktivität	C	Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	1	Sitzfähig	<input type="checkbox"/>	2	Gelegentlich gehfähig	<input type="checkbox"/>	3	Mobil	<input type="checkbox"/>	4
Beweglichkeit	D	Vollständig immobil	<input type="checkbox"/>	1	Stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	2	Leicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	3	Keine Einschränkung	<input type="checkbox"/>	4
Ernährung	E	Stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	1	Eher eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	2	Adäquat	<input type="checkbox"/>	3	Ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>	4
Reibungs/-Scherkräfte	F	Problematisch	<input type="checkbox"/>	1	Wenig problematisch	<input type="checkbox"/>	2	Unproblematisch	<input type="checkbox"/>	3		<input type="checkbox"/>	

Summe aus den Spalten A - F Beurteilung:

23 - 17 Punkte
geringes Risiko

16 - 12 Punkte
mittleres Risiko

11 und weniger Punkte
hohes bis höchstes Risiko

Ergänzende Kriterien:

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Durchblutungsstörungen Ja Nein

Kachexie leicht mittel stark

Kontrakturen leicht mittel stark

Diabetes Ja Nein

medikamentenpflichtig Ja Nein

Lagerungsfähigkeit eingeschränkt stark eingeschränkt keine _____

Zusätzliche Erkrankungen:

Begründung und Vorschlag für eine effektive Versorgung:

Das Hilfsmittel dient als Dauerversorgung vorübergehende Versorgung

Die Dokumentation wurde vorgenommen von _____ Tel. _____

Ort, Datum

Unterschrift Pflege

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Bitte alle Seiten des Antrags ausfüllen und auf der letzten Seite unterschreiben!

Nachname, Vorname der Versicherten	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
Straße, Hausnummer		RV-Nummer
Postleitzahl / Wohnort		KV-Nummer

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Höherstufungsantrag
--	---

Beantragt wird:		
<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Kombination Sachleistung / Pflegegeld

Die Pflege übernehmen Angehörige / Bekannte:		
Name der Pflegeperson	Geb.-Datum der Pflegeperson	Telefonnummer
		<input type="checkbox"/> selbst versichert
Anschrift der Pflegeperson	Krankenkasse der Pflegeperson	<input type="checkbox"/> familienversichert

<input type="checkbox"/> Der Termin für den Hausbesuch soll der oben genannten Pflegeperson mitgeteilt werden.*
<small>*Über Ihren Antrag kann erst entschieden werden, nachdem das Gutachten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei uns eingegangen ist. Bitte verschieben Sie den Termin für den Hausbesuch daher nur aus einem wichtigen Grund (Krankheit o. ä.).</small>

Die Pflege erfolgt durch einen Pflegedienst:	
Name des Pflegedienstes	Telefonnummer

Bankverbindung:	
Bankleitzahl	Kreditinstitut
Kontonummer	Kontoinhaber(in)

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von / ich habe Ansprüche angemeldet bei		
<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Sonstigen Stellen
Ggf. Name des Trägers von dem die Leistung bezogen wird und sofern bekannt Aktenzeichen angeben		

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, da		
ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilferechtsvorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name und Anschrift der Beihilfestelle oder des Arbeitgebers		

--	--

Patient:	
Nachname, Vorname	Versicherungsnummer
Einwilligungserklärung für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 4 SGB XI)	
Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK):	
<ul style="list-style-type: none"> • meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, • ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt, • die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt. 	
Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihre Einwilligung, wird der MDK diese, soweit erforderlich, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens einholen.	

Behandelnder Arzt:		
Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes		
Angaben über eine gesetzliche Betreuung für Rechtsgeschäfte zur pflegerischen Versorgung:		
Ich habe einen gesetzlichen Betreuer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja*
Die Betreuung wurde beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nachname, Vorname der Betreuerin / des Betreuers		Telefonnummer
* Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis beifügen.		
Ich verpflichte mich, Änderungen der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich mitzuteilen. Dies sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung oder Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.		
Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei der AOK Bayern überzahltes Pflegegeld beim jeweils kontoführenden Geldinstitut per Lastschrift einzieht. Die hierfür anfallenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse. Die Einzugsermächtigung gilt auch gegenüber meinen Erben. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist.		

Datum	Unterschrift Versicherte / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)
<p>Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch und dessen Beginn auswirken (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet.</p> <p>Wichtige Info zur Arbeitslosenversicherung: Ab dem 01. Februar 2006 können sich Pflegepersonen, die einen Angehörigen mit Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung in der Pflegestufe I, II oder III wenigstens 14 Stunden in der Woche pflegen, auf Antrag in der Arbeitslosenversicherung freiwillig weiterversichern. Voraussetzung ist u. a., dass vor Beginn der Pflege Tätigkeit ein Versicherungsverhältnis in der Arbeitslosenversicherung bestand oder Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen wurden. Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Pflegetätigkeit gestellt werden. Falls Sie dazu noch weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die für Ihren Wohnort zuständige Agentur für Arbeit.</p>	