

Klinik: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Stationsarzt: \_\_\_\_\_ Pflegerische Bezugsperson: \_\_\_\_\_

**Klient:**

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

**Erziehungsberechtigte: Name, Vorname, Anschrift**

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon der Eltern: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Soziale Situation:**

Elternteil alleinerz.  Geschwister Anzahl: \_\_\_ Alter: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Großeltern  im Haus lebend

Vater arbeitet \_\_\_ Std./Woche  Schichtarbeit spricht/versteht deutsch  gut  schlecht  nein

Mutter arbeitet \_\_\_ Std./Woche  Schichtarbeit spricht/versteht deutsch  gut  schlecht  nein

Migrationshintergrund Nationalität: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Besonderes: \_\_\_\_\_

**Räumlichkeiten/ Wohnsituation:**

Einfamilienhaus  Mietwohnung  Wohnebene  \_\_\_\_\_

Badezimmer mit Badewanne ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>  separates Zimmer für Klient ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Häuslicher Kinderarzt:**

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon.: \_\_\_\_\_

Ist der Kinderarzt bereits informiert?  ja  nein

Hat der Kinderarzt einen Arztbrief erhalten?  ja  nein

**Häuslicher Kinderarzt (Vertretung)**

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

**Besuch Schule / Kindergarten**

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

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

Überarbeitet	Freigabe		
	QMB	Betriebsleitung	pflegefachliche Leitung
01.2020	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Revision 3	<b>6.13.3</b>	Beate Ziegler Pflegeservice UG
Seite 2 von 7	Überleitbogen Klient	FB

**Diagnose/n**

---



---



---

**Hauptproblematiken:** a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_

**Allergien:**  ohne  folgende Allergien liegen vor:

---



---

**Atmung:**  unauffällig  angestrengt  Nasenflügeln  Einziehungen  Stridor  Zyanose  
 Dyspnoe  Tachypnoe  Apnoen  
Besonderes: \_\_\_\_\_

**Abhusten:**  selbständig  produktiv  kein Hustenreiz vorhanden  nach Lagewechsel  
 nach Inhalation  nach der Mobilisation

**O2-Bedarf und Versorgung:**  nein  ja  intermittierend  
 bei Spontanatmung \_\_\_\_\_ l/min  beatmet \_\_\_\_\_ l/min  
 bei Belastung \_\_\_\_\_ l/min  in Ruhe \_\_\_\_\_ l/min  
 Dauer \_\_\_\_\_ Std. /tgl.  Sättigungsabfälle bis zu \_\_\_\_\_ % SpO2 Wie oft/Tag? \_\_\_\_\_

Klinisches Bild: \_\_\_\_\_

Konzentrator  Flüssig-O2  O2-Flasche  
 O2-Brille  Maske  Kanüle  Beatmungsbeutel mit Reservoir

**Beatmungsgerät:** Hersteller \_\_\_\_\_ Typ \_\_\_\_\_ Anzahl \_\_\_\_\_  
 Einschlauchsystem  Zweischlauchsystem  12 Volt-Adapter

**Beatmungsform:**  CMV kontrolliert  assistiert / CPAP  ass./kontrolliert  
 PCV druckkontrolliert  CFV mit konstantem Flow  PSV druckunterstützt  
 VCV volumenkontrolliert  VS, VSV volumenunterstützt  PAV druckunterstützt

Druck IPAP \_\_\_\_\_ mbar Druck EPAP \_\_\_\_\_ mbar  
VT Tidal Volume \_\_\_\_\_ ml Beatmungsrate \_\_\_\_\_  
Trigger inspiration \_\_\_\_\_ Trigger expiration \_\_\_\_\_  
PEEP \_\_\_\_\_ mbar Atemgrenzen \_\_\_\_\_

Weaning: Häufigkeit \_\_\_\_\_ Dauer \_\_\_\_\_

Symptome für Weaning-Abbruch: \_\_\_\_\_

Revision 3	<b>6.13.3</b>	Beate Ziegler Pflegeservice UG
Seite 3 von 7	Überleitbogen Klient	FB



**Befeuchtung:**  nein  ja  aktiv

System \_\_\_\_\_

passiv  HME Filter  Inhalation weitere: \_\_\_\_\_

**Tracheostoma**  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

Typ  dilatativ  epithelisiert  weit  eng  Malazie

**Hautverhältnisse:**  unauffällig  gerötet  feucht  mazeriert  entzündet

**Kanülenwechsel:**

Kanülentyp / Hersteller \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_  gefenstert

einteilig  zweiteilig  Cuff  Sprechkanüle Wechseltturnus \_\_\_\_\_ / Woche/n

Schillingadapter  anspülen: Zeitpunkt \_\_\_\_\_ Häufigkeit \_\_\_\_\_

**TK-Wechsel durch:**  Pflegefachpersonal  Arzt  Angehörige  in Klinik/Ambulanz

Allein  zu zweit

**Komplikationen TK-Wechsel?**  nein  ja; welche \_\_\_\_\_

**Trachealsekret / endotracheales Absaugen:**

wenig  mäßig  reichlich  Infekt  zäh  flüssig

Absaugfrequenz / Tag (Durchschnitt): \_\_\_\_\_ geplant: \_\_\_\_\_

**Beatmungsmaske:** Maskentyp / Hersteller \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_

Industriemaske  individuell  Totalface  Fullface  Nasenmaske

**Ernährung**

Trinkschwäche  Kardiale Trinkschwäche  Aspirationsgefahr  neurolog. Schluckproblematik

Magensonde zuletzt gelegt: \_\_\_\_\_ Liegedauer: \_\_\_\_\_  PEG  PEJ

Markierung am Schlauch  Skala am Schlauch \_\_\_\_\_ Hersteller: \_\_\_\_\_

teilsondiert  vollsondiert  Nahrungspumpe  kontinuierliche Einzelgaben

Sauger, Hersteller: \_\_\_\_\_  Trinktraining, Nahrung: \_\_\_\_\_

parenteral  Hickman-Katheter  Broviackatheter  Gewichtskontrolle

Kalorienbedarf/Tag \_\_\_\_\_ kcal Flüssigkeitsbedarf/Tag \_\_\_\_\_ ml

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Ausscheidung:**

- Kurzdarmsyndrom     Anus Praeter     DK     schwere Diarrhöen     SPK  
 schwere Obstipation     Erbrechen     vermehrtes Schwitzen     Gewichtskontrolle  
 letzter Stuhlgang: \_\_\_\_\_  Inkontinenz  
 Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**Keime, Infektionen:**

- MRSA     4-MRGN     VRE     ESBL     C-Dif     CMV  
 Sonstiges

- Wo:**     Trachealsekret     Mund-Nasen-Rachenraum     Wunde/n Haut     Leiste     Ohr

Handling zu Hause: \_\_\_\_\_

Sanierung stattgefunden am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_    Kontrollabstrich am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

**Bewusstsein:**

- klar     wechselhaft     somnolent     komatös

Krampfanfälle, Art der Anfälle \_\_\_\_\_  Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Notfallmedikation: \_\_\_\_\_

**Kommunikation**

- hören     sehen     Sprache     Gestik     Mimik     nicht möglich / nicht erkennbar

**Mobilität**     physiologisch     Lähmungen     Spastiken     Muskeltonus: \_\_\_\_\_

Lagerungssmaterial: \_\_\_\_\_

- Rollstuhl     Lifter

Kontrakturen, wo: \_\_\_\_\_ Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**Schmerzen:**

- keine     Medikation     oral     Hickman o.ä.     Dauerinfusion

Schmerzmedikation (Zeitpunkt, Indikation): \_\_\_\_\_

Keine  
Schmerzen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stärkste  
vorstellbare  
Schmerzen

**Ansprechpartner der Klinik:**

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

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

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

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

Erstkontaktaufnahme mit KK am \_\_\_\_\_ Überleitbogen per Fax an KK am \_\_\_\_\_

Revision 3	<b>6.13.3</b>	Beate Ziegler Pflegeservice UG
Seite 5 von 7	Überleitbogen Klient	FB

**Versorgungsleistungen (KEINE Behandlungspflege)**

- Bunter Kreis       Haushaltshilfe (SGB V, §38 oder Landratsamt)       Nachsorge  
 Pflege (SGB XI) Pflegegrad \_\_\_\_\_ Höherstufung beantragt am \_\_\_\_\_  
 Hilfe zur Pflege, Familienpflege (Landratsamt)       Kindergarten / Schule (Eingliederungshilfe)  
 Jugendamt     vollstationäre Pflegeeinrichtung       Runder Tisch, gemeinsame Versorgungsplanung

**Name und Anschrift des Pflegedienstes (PD), wenn behandlungspflegerische Maßnahmen durch einen Pflegedienst durchgeführt werden müssen:**

Pflegedienst: \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Überleitbesuch durch PD am \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_  
 runder Tisch, gemeinsame Versorgungsplanung am \_\_\_\_\_  
 Teilnehmer: \_\_\_\_\_

**Verordnete Behandlungspflegemaßnahmen / Umfang / Stunden:**

---



---



---



---

**Elterliche Voraussetzungen für die Entlassung nach Hause sind:**

- 3 Tage Rooming-in in einem geschützten Raum  
 allgemeines Handling (z.B. Grundpflege, Atemtherapie.)  
 Umgang mit Ausscheidungen (Bilanzierung, Anus-Praeter Versorgung)  
 Monitoring  
 sicherer Umgang mit Beatmung, Sauerstoff und Ambu-Beutel  
 sicherer Umgang mit der Trachealkanüle einschließlich selbstständigem Wechsel  
 Absaugen (endotracheal, nasal und oral)  
 sicherer Umgang mit PEG/ PEJ bzw. Wechsel der Magensonde  
 Ernährung (Sondenernährung, parenterale Ernährung, Trinktraining)  
 Medikamentengabe  
 Geräteeinweisung erhalten  
 Kenntnis in Notfallmaßnahmen  
 Kenntnis vom ärztlichen Notfallplan

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Besteht die Notwendigkeit einer regelmäßigen Interventionsbereitschaft?**

- nein       ja; aus welchem Grund, welche Art und wie häufig?

---



---



---

<b>Medikationsplan</b>	für: _____	Stand: _____
	geb.: _____	

  

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Mo	Mi	Ab	Na	Einheit	Hinweis	Grund

**zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente:**


**Selbstmedikation:**


**Rückzugspflege /-plan:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medizinprodukte/Hilfsmittel:**

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_
- f) \_\_\_\_\_

**Medizin-Technische/r Lieferant/en:**

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

Revision 3	<b>6.13.3</b>	Beate Ziegler Pflegeservice UG
Seite 7 von 7	Überleitbogen Klient	FB



**Palliative Versorgungssituation:**

Elterngespräch stattgefunden:  nein  ja Datum: \_\_\_\_\_

Was wurde besprochen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Wer ist alles informiert?**

Kinderarzt  SAPPV  Hospizbegleiter  \_\_\_\_\_

**Wer zählt zum Netzwerk?**

Kinderarzt  SAPPV  Hospizbegleiter  Pflegedienst  Angehörige

Weitere: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner/Koordinator im Netzwerk:**

Institution: \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Liegt ein palliativer Notfallplan vor?  nein  ja

**Besonderheiten:**

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

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift beh. Arzt

\_\_\_\_\_  
 Stempel der Klinik

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**Freigabeerklärung der Erziehungsberechtigten:**

Hiermit geben wir unser Einverständnis, dass dieser Überleitungsbogen an die zuständigen Kostenträger weitergeleitet werden darf.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten  
 bzw. eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_