

ADRESSETTE



Wir leben Medizin.

INFORMATIONSSAMMLUNG

▶ innerhalb von 24 Stunden von einer **Pflegekraft** zu erheben!
Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen (Ø)!
▶ **geriatrische Sozialanamnese (s. re) nur für geriatrische Patienten!**

PFLEGEGRAD 1 2 3 4 5

nicht erforderlich beantragt Höherstufung - bisher nicht beantragt

Patientenverfügung nein

ja bereits in der Akte (noch) nicht abgegeben

Vorsorgevollmacht nein

ja bereits in der Akte (noch) nicht abgegeben

Betreuung nein nicht erforderlich

JA, Name und Tel.: _____

bestellt für Gesundheitsvorsorge Aufenthaltsbestimmung

Bei Kindern, Sorgeberechtigte/r (Name, Telefon):

Kontaktperson/en (Name, Telefon): _____

ist informiert soll informiert werden auch bei Veränderung

KOMMUNIKATION

Besonderheiten / Einschränkungen:

kann **mit Hilfsmitteln** (s.o.) gut hören, sehen, kommunizieren

Sehbeeinträchtigung Hörbeeinträchtigung Aphasie

anderes _____

Dolmetscher erforderlich, Sprache: _____

Übersetzung durch (Name, Telefon): _____

Aktuelle Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation

lebt mit Ehepartner/in mit ___ versorgungspflichtigem/n Kind/ern

allein lebend bewältigt den Alltag **unabhängig** _____

pflegt Angehörige _____

wohnsitzlos TAGESPFLERGE **betreutes Wohnen**

im PFLEGEHEIM _____

wohnt im ___ OG im eigenen Haus Treppen **mit** HANDLAUF

Treppenstufen: ___ Hauseingang / ___ Keller / ___ 1. OG / ___ 2. OG

FAHRSTUHL _____

Wohnung/Bad rollstuhlgerecht _____ **möbelmobil**

Unterstützung durch Ehepartner/in Familie Freunde

PFLEGEDIENST _____

KURZBIOGRAPHIE (für Patienten der Geriatrie GE01):

Beruf/Tätigkeit/Arbeitsalltag: _____

Bevorzugte Beschäftigung: _____

Rituale/Tagesstruktur: _____

Wichtige Menschen: _____

Wichtige Orte/Erlebnisse: _____

Hilfen bei Aufregung: _____

Hilfen zum Einschlafen: _____

AUFNAHMEZUSTAND

Übernahme von zu Hause Heim _____

Station ___ (Inhouse) anderer Klinik _____

Ankunft auf Station: **Isolationspflichtig**

liegend sitzend gehend **selbstständig**

Vigilanz: wach **klar und orientiert**

nicht orientiert, zu: Zeit Ort Person Situation

somnolent soporös komatös sediert

Krankenhausaufnahme/ Übernahme wegen:

HILFSMITTEL	mitge- bracht	zu Hause
BRILLE/N		
Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
HÖRGERÄT <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
<input type="checkbox"/> PEN <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> BZ-Chip		
ZAHNVOLLPROTHESE <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten		
Zahn teilprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten		
Zahnspange <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten		
<input type="checkbox"/> ROLLATOR <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl		
<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Duschhocker		
<input type="checkbox"/> Spezi alsitzkissen <input type="checkbox"/> Badewannenlifter		
<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Pflegebett		
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze/n <input type="checkbox"/> Greifzange		
ATEMUNTERSTÜTZENDE HILFSMITTEL:		
O ² -Gerät		
Inhalator		
NIV (Nicht Invasive Ventilation):		
BIPAP (Biphasic Positive Airway Pressure)		
CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)		
(Gerätebedienung nur von eingewiesener Pflegekraft/PKI!)		
<input type="checkbox"/> Dosieraerosol/e:		

Entero-/Colo- / Ileo - Stoma

Letzter **Stuhlgang** am: _____ Frequenz: _____ x tgl./wchtl.

Stuhlinkontinenz, Hilfsmittel: **Inkose**

Bei _____ - Dialyse, Restausscheidung _____ ml

Intermittierender Eimalkatheterismus _____ x tgl.

Suprapubischer Katheter Urostoma Nephrostoma

DK, Charrière _____ Letzter Wechsel am: _____

Harninkontinenz Hilfsmittel: **Inkose** _____

SS / Wöchnerin s. **Pflegerisches Assessment zum ES i**

Funktionelles Kontinenzproblem, Z.n. gynäkol OP urolog. OP

* **beim** Toilettengang auf der Toilette

AUSSCHIEDUNG

Gewicht in kg: _____	Größe in m: _____
BMI = m	

PEG PEJ Letzter VW am: _____

VORLIEBEN (Essen u. Trinken): _____

Trinkgewohnheiten (Art, tgl. Menge): _____

Nahrungsunverträglichkeiten: _____

Spezielle Nahrungsmittel Zusatz-/Sondennahrung

DYSPHAGIE: _____

Medikamenteneinnahme _____

* **bei/m:** Essen / Essen richten _____

ESSEN und TRINKEN

Vorhandene **Wunden:** _____

Bekannte **Hautveränderungen:** _____

Volle Unterstützung ÜBERNAHME

Teilunterstützung _____

WASCHEN und KLEIDEN

Pflegerische Informationen nur bei Pflegerischem Unterstützungsbedarf *

BEWEGLICHKEIT

* **bei dem:** Aufstehen Stehen Gehen Setzen

Drehen und Bewegen im Bett _____

Mobil mit Unterstützung durch Hilfsmittel Personen

immobil/überwiegend bettlägerig _____

PATIENTENSICHERHEIT

Allergie/n: _____

Allergiepäss mitgebracht nicht mitgebracht nicht vorhanden

Diabetiker/in **geschult** versorgt sich unabhängig

misst BZ passt Insulin selbst an bedient PEN unabhängig

Schmerzen? nein nicht beurteilbar nach BESC

Ja: akut chronisch

Lokalisation: _____

Schmerzart: _____

Schmerzstärke: **VAS** in Ruhe _____ **VAS** bei Belastung _____

(s. *Schmerzmanagementprotokoll*)

Bei Kindern:

Medikamentengabe durch Begleitperson

ADS Krampfanfallsleiden

Neigung zu hohem Fieber Fieberkrämpfen

Besonderheiten bei hohen Temperaturen: _____

...**beim Schlafen:** _____

WERTSACHEN

über **Haftungsausschluss** informiert

Checkliste Patienteneigentum und Wertsachen ist angelegt

INFORMATIONEN

STATIONSABLAUF Speisen u. Getränke Klingelfunktion Telefon und TV **SAFE / WERTSACHEN**

Einverstanden mit: Übergabe am Bett Tür-/Tafelbeschriftung

INFOBROSCHÜREN zu: **Sturzrisiko** **Dekubitusrisiko** Ernährung PEG Onkologische Pflege Schlaganfall MRGN MRSA

INFO über **Aktivierend therapeutische Pflege (ATP)**

Pflegerische Expertenstandards u. a. m.: _____

Sturzprophylaxe und Grundversicherung **Dekubitusprophylaxe**

Schmerzmanagement / BESC **Förderung der Harnkontinenz**

Thromboseprophylaxe Ernährungsberatung

Bedarf an: **Beratung / Schulung** **Unterstützung**

für **Patient / Patientin** Ehe- / Lebenspartners/in

Eltern **Mütter** **Vater**

zu **Hilfsmittel** **Pflegebedürftigkeit** Ernährung

Diabetes Stomatherapie Wunde/n

rechtliche Informationen / Ansprüche

Erwartungen / Ängste / ...: _____

Trifft ein Thema zu bitte **ENTLASSPLAN** anlegen!

Bei Kindern: *„Ich erlaube meinem Kind, auf dem Gelände des Klinikums Ludwigshefen spazieren zu gehen.“*

Datum _____ Unterschrift **Erziehungsbeauftragte/r**

Informationsgespräch durchgeführt mit: **Patient/in**

Ehe-/Lebenspartner/in Betreuer/in

Eltern **Vater** **Mütter** **Sorgeberechtigte/r** (s. S.1.)

(Vollständige) **DATENERHEBUNG** **NICHT MÖGLICH**, weil: _____

Pat. nicht in der Lage/ansprechbar Kein/e AnsprechpartnerIn

Datum _____ Uhrzeit _____ **UNTERSCHRIFT: Pflegefachkraft**