

Überleitungsbogen

(Stempel/ Logo der überleitenden Einrichtung)

Oberleitende Einrichtung: _____

Oberleitung in nachfolgende Einrichtung(-en)/ Abteilung: _____ Tel: _____

Information zur Überleitung erteilt von (bitte Druckschrift): _____ am: _____

über die Überleitung wurde informiert: _____

Stammdaten: // // // // //

Angaben zur Klientin/zum Klienten:		
Name, Vorname:	Geboren am:	Fam.stand:
Anschrift:	Telefon, -fax:	Konfession:

Patientenverfügung Ja Nein
 Arztbrief liegt bei Ja Nein

Wohnsituation:
 Lebt allein Lebt in der Familie Lebt mit Bezugsperson Lebt in einer sozialen Einrichtung
 Etage: _____ Aufzug Ofenheizung Schlüssel bei: _____

Persönliche Wertgegenstände: _____

Angehörige/Bezugspersonen:
 Name, Vorname: _____ Anschrift: _____
 Telefon: _____

Betreuer/in, gerichtl. bestellte/r Ja Nein beantr.
 Betreuer/in: _____ **Bevollmächtigte Person** Ja Nein
 Telefon: _____ Bevollmächtigte/r: _____

Wohnung Post Aufenthaltsbestimmung
 Vermögen alle Angelegenheiten
 Gesundheitsvorsorge

Krankenkasse: _____ Telefon: _____

Hausärztin, -arzt: _____ Telefon: _____

Fachärztin, -arzt: _____ Telefon: _____
 Fachrichtung: _____

Medizin // // // // //

Medizinische Hauptdiagnosen und Einweisungsgrund

Diabetiker/in
 insulinpflichtig
 Insulin (Art/ Dosierung)

selbständig Übernahme

Medikamenteneinnahme
 selbständig Patient kann Auskunft über Medikamenteneinnahme erteilen
 Übernahme aktueller Medikamentenplan liegt bei
 eingeschränkt letzte Schmerzmittelgabe: _____

Besonderheiten:

Vitalzeichen: RR: _____ BZ: _____ HF: _____

Besonderheiten:
 Schmerzen akut chronisch Lokalisation, Intensitätsgrad: _____

Allergien: _____
 Medikamentenunverträglichkeiten: _____
 Abusus: _____
 Herzschrittmacher
 Letzte Tetanus-Impfung am: _____ nicht bekannt
 vorhandene Infektionen (z.B. MRSA): _____

Lokalisation der Infektion (Abstrich, Sanierungsvorschlag): _____

Weitere Besonderheiten: _____