

Leonhard-Kaiser-Haus
Senioren- und Pflegeeinrichtung der
Diakonie Regensburg
Dr.-Martin-Luther-Str. 2-4
94327 Bogen
Tel.-Nr. 09422/50114-0 Fax: 09422/50114-40

Überleitungsbogen

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,
um uns ein Bild von Ihrem Patienten, der bei uns aufgenommen werden will, machen zu können, bitten wir Sie diesen
Arzt- und Pflegebericht so genau wie möglich auszufüllen. Dies ist auch im Interesse einer objektiven und
zielgerichteten Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen notwendig. Auf diesem Wege können
wir Ihrem Patienten nach seiner Heimaufnahme die ihm zustehende und notwendige Pflege gewähren.
Herzlichen Dank für Ihre Mühe, Ihr Verständnis und die Zusammenarbeit.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____

Empfohlene Wohnmöglichkeit: () Einzelzimmer () Doppelzimmer

PFLEGEGRAD: () wenn von Pflegekasse bereits festgestellt, Grad: _____ () kein Pflegegrad

Datum der Pflegegradantragsstellung : am _____ gestellt.

Diagnosen:.....
.....
.....

Aktuelle Medikation:.....
.....
.....

Allergie: () JA () NEIN Wenn ja, welche?
.....

Ansteckende oder / und meldepflichtige Erkrankungen nach dem IfSG (auch MRSA/ORSA/MRGN, u.ä.):
() JA () NEIN
Wenn ja, welche?.....
.....

Letzte stationäre Behandlung: () Allgemeine Klinik () Psychiatrische Klinik (-abteilg.)
Wann:..... Wo:..... Einweisungsdiagnose:.....
.....

Suchtabhängigkeit: Wenn JA, welche?.....

Erhöhter Alkoholkonsum: () JA () NEIN Raucher: () JA () NEIN

Weglauf-/Hinlauffenz: () JA () NEIN

Selbstgefährdung: () JA () NEIN

Fremdgefährdung: () JA () NEIN

Suizidgefahr: () JA () NEIN

Unruhezustände: () JA () NEIN

Depressionen: () JA () NEIN

Halluzinationen: () JA () NEIN

Desorientierung: nein intermittierend dauernd örtlich zeitlich zur Person situationsbezogen

Kurze Erläuterung:.....

Inkontinenz: () JA () NEIN Dauerkatheter: Wenn ja, welcher? sonst kein Eintrag.

Vorhandener Dekubitus: Wenn ja, wo und welcher Umfang, sonst keine Angaben:

Lähmungen / Versteifungen / Amputationen: Wenn JA, welche? Sonst kein Eintrag.

Gefähigkeit: () JA () NEIN Bettlägerigkeit: Ständig () häufig () ab und zu ()

Gemütsstimmung: freundlich () ausgeglichen () verdrießlich () herausfordernd ()

Sehbehinderung: () JA () NEIN Bemerkung:

Sprachbehinderung: () JA () Nein Hörbehinderung: () JA () NEIN

Besonderheit(en):.....

Werden Hilfsmittel benötigt? Wenn ja, welche:

Der Patient leidet unter: () Gicht () Parkinson () Multipler Sklerose () Epilepsie

() M. Alzheimer () HOPS

Ernährung: Vollkost () JA () NEIN Diäten: Wenn ja, welche (Bitte genaue, umfassende Angaben, danke)

ORT DATUM Stempel und Unterschrift des Arztes

Wenn Sie uns noch sonstige Erfahrungen und Mitteilungen über Ihren Patienten oder auch Besonderheiten, die Angehörigen betreffend, machen wollen, bitten wir es nachstehend zu tun. Sie dürfen versichert sein, dass wir Ihre Angaben streng vertraulich behandeln. Ihre Erfahrung und Erkenntnisse erleichtern uns die Arbeit und Ihrem Patienten das Eingewöhnen! D A N K E!