



## Patientenüberleitungsbogen (auszufüllen vom Sozialdienst)

(zur Abstimmung zwischen der verlegenden Klinik und unserer Geriatrischen Fachklinik)

Erklärung zur geschlechterneutralen Formulierung: Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit sowie einer besseren Übersichtlichkeit wird auf die geschlechterneutrale Differenzierung, z.B. Benutzer/Benutzerin, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

### Patientenetikett

(Name, Adresse, Geburtsdatum)

### Zusätzliche Angaben zum Patienten

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_ Verw.grad: \_\_\_\_\_

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ MitgliedsNr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Aufenthalt in der verlegenden Klinik

stationär seit: \_\_\_\_\_ Akutereignis am: \_\_\_\_\_

Geplantes  
Entlassdatum: \_\_\_\_\_ gew. Verleg.-Termin: \_\_\_\_\_

## Soziale Angaben zum Patienten

Betreuerschaft beantragt: ja  nein  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Pflegegrad beantragt: ja  nein  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Pflegegrad vorhanden: ja  nein  Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Eilantrag gestellt: ja  nein  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Anmeldung in Pflegeheim: ja  nein  Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Hilfsmittel vorhanden? ja  nein  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Arzt

## Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) gemessen im Barthel Index

		Pkt	Aufn.	1.Wo	2.Wo	3.Wo	4.Wo	5.Wo	6.Wo	Entl
<b>Essen</b>	komplett selbstständig / selbstständige PEG-Versorgung	10								
	Hilfe z.B. bei mundgerechter Vorbereitung	5								
	Abhängigkeit bei d. Nahrungsaufnahme	0								
<b>Bett/Stuhl Transfer</b>	Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl u. zurück	15								
	Aufsicht o. geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10								
	erhebliche Hilfe	5								
	Bettlägerigkeit	0								
<b>Waschen</b>	komplett selbstständig inkl. Rasieren u. Frisieren	5								
	Hilfestellung, Anleitung, Übernahme erforderlich	0								
<b>Toilette</b>	unabhängig bei Nutzung von Toilette/ Toilettenstuhl inkl. Spülung u. Reinigung	10								
	Hilfe o. Aufsicht bei Toiletten-/ Toilettenstuhlbenutzung, Spülung u. Reinigung	5								
	Nutzt weder Toilette o. Toilettenstuhl	0								
<b>Baden / Duschen</b>	komplett selbstständig	5								
	Hilfestellung, Anleitung, Übernahme erforderlich	0								
<b>Bewegung / Aufstehen &amp; Gehen</b>	kommt selbstständig vom Sitz in den Stand, geht mind. 50m ohne Gehwagen (ggf. mit Gehstützen)	15								
	Ohne Aufsicht o. personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen u. mind. 50m mit Hilfsmittel gehen	10								
	Mit Laienhilfe o. Hilfsmittel vom Sitzen in den Stand kommen u. Strecken im Wohnbereich bewältigen o. komplett selbstständiger Umgang mit Rollstuhl	5								
	komplett abhängig	0								
<b>Treppensteigen</b>	unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10								
	Aufsicht o. Hilfe erforderlich	5								
	nicht möglich	0								
<b>An- &amp; Auskleiden</b>	unabhängig, inkl. benötigte Hilfsmittel u. Schuhe	10								
	hilfsbedürftig, teilweise selbstständig	5								
	komplett hilfsbedürftig	0								
<b>Stuhlkontrolle</b>	kontinent	10								
	teilweise inkontinent (z.B. nachts) AP-Versorg.	5								
	inkontinent	0								
<b>Urinkontrolle</b>	kontinent	10								
	teilweise inkontinent (z.B. nachts) DK-Versorg.	5								
	inkontinent	0								
<b>Punktzahl (von mgl. 100)</b>										

Unterschrift / Handzeichen

