



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

Bildung lokaler Netzwerke

22. Netzwerk-Workshop,
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege,
2. Aktualisierung 2019

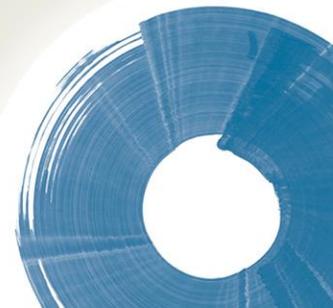


Versorgungsnetz Gesundheit



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

- Verein zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen
- Gründung 2002
- Seit 2011 gemeinnützig



Ca. 132 Mitglieder



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

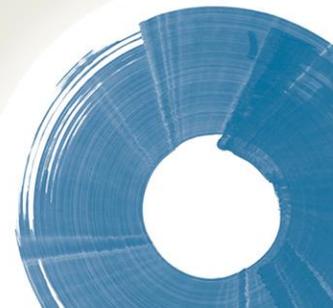


Vereinsaktivitäten



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

- Überleitungsprojekt (2002-2004)
- Fachgruppe Überleitung
 - Behält Thema und Prozesse im Blick



Überleitungsbögen KH



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

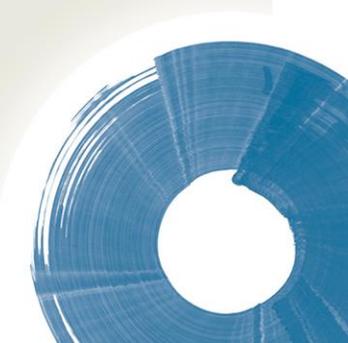
ÜBERLEITUNGSBOGEN VOM KRANKENHAUS Fax:



Stammdaten der Patientin / des Patienten Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Adresse: _____ Gesetzl. BetreuerIn (Name / Tel.): _____ Konfession: ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> Sonstige Religion: _____ Hausarzt/-ärztin (Name / Tel.): _____ Krankenversicherung: _____		Krankenhaus / Stempel Ansprechperson: _____ Telefonnr.: _____ Erreichbarkeit: _____	
Stationäre Behandlung vom _____ bis zum _____ (zuletzt) auf Station: _____			
Pflegerelevante Diagnosen (auch Allergien, Infektionskrankheiten u. multiresistente Keime) _____ _____		Bitte um Rücksprache Ansprechperson s. o. O	
Soziale Aspekte Angehörige / Bezugsperson: (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): _____ Lebt in gemeins. Haushalt mit: Lebt alleine <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Schlüssel hat: _____ Vorsorgevollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bevollmächtigt: _____ Patientenverfügung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegegrad: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welcher: _____ beantragt: <input type="checkbox"/>		Hilfsmittel Wohnung beschaff zu beschaffen Rollator _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Zur Medikation Medikamentenüberwachung <input type="checkbox"/> Medikamentenplan anbei <input type="checkbox"/> (zuletzt gegebene Medikation)	
Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten			
Mobilität selbst. mit Hilfe unselbständig - Freies Gehen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Gebrauch v. Gehhilfen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Sitzen/Umsetzen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Orientierung ja zeitweise nein - zeitlich _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - örtlich _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - situativ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - persönlich _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Körperpflege selbst. mit Hilfe unselbständig - Waschen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Bad / Dusche _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Mundpflege _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - An- u. Auskleiden _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ausscheidungen ja zeitweise nein Häminkontinenz _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ernährung selbst. mit Hilfe unselbständig - Nahrungsaufnahme _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Schluckstörungen _____ ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - Diät _____ - Sondenkost: _____		- DK-Wechsel: Silikon <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> - letzter Stuhlgang: Durchfall <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> - Dauer Durchnäss/Obstip.: _____ Tage / Medikation: _____ Regelmäßig NACHTS Hilfe erforderlich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Besonderheiten z.B. Sturzgefährdung <input type="checkbox"/> // Schmerzproblematik <input type="checkbox"/> // Dekubitusgefährdung <input type="checkbox"/> // Mitgabe eines Wundverlegungsberichtes <input type="checkbox"/>			

Datum, Unterschrift _____

Unterschrift Patient/in _____



Überleitungsbogen Heim



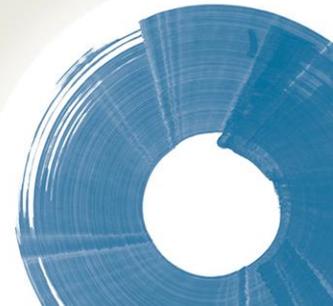
Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

Überleitungsbogen vom Heim Fax: 

Stammdaten der Bewohnerin / des Bewohners		Heim / Stempel																																																																																																																																								
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Adresse: _____ Gesetzl. Betreuerin (Name / Tel.): _____ Konfession: ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> Sonstige Religion: _____ Hausarzt/-ärztin (Name / Tel.): _____ Krankenversicherung: _____		Ansprechperson: _____ Telefonnr.: _____ Erreichbarkeit: _____																																																																																																																																								
Soziale Aspekte		Bisherige Medikation																																																																																																																																								
Angehörige/Bezugspers. (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): _____ Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Apartment <input type="checkbox"/> Schlüsse: _____ Vorsorgevollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bevollmächtigt: _____ Patientenverfügung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegegrad: _____		s. Medikamentenplan <input type="checkbox"/> zuletzt gegeben: _____ _____ _____ _____																																																																																																																																								
Einweisungsgrund:		Allergien:																																																																																																																																								
Vorerkrankungen:		Hilfsmittel																																																																																																																																								
_____ _____ _____		mitgegeben vorhanden Rollator <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prothese: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
Bitte um Rücksprache Ansprechperson s.o. <input type="checkbox"/>																																																																																																																																										
Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten																																																																																																																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Mobilität</td> <td>selbst.</td> <td>mit Hilfe</td> <td>unselbständig</td> <td>Orientierung</td> <td>ja</td> <td>zeitweise</td> <td>nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Freies Gehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>- zeitlich</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Gebrauch v. Gehhilfen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>- örtlich</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Sitzen/Umsetzen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>- situativ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>- persönlich</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Körperpflege</td> <td>selbst.</td> <td>mit Hilfe</td> <td>unselbständig</td> <td>Ausscheidungen</td> <td>ja</td> <td>zeitweise</td> <td>nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Waschen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Haminkontinenz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Bad / Dusche</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Stuhlinkontinenz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Mundpflege</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- An- u. Auskleiden</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ernährung</td> <td>selbst.</td> <td>mit Hilfe</td> <td>unselbständig</td> <td>Ausscheidungen</td> <td>Silikon <input type="checkbox"/></td> <td>Latex <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Nahrungsaufnahme</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>- DiK-Wechsel</td> <td>Durchfall <input type="checkbox"/></td> <td>Obstipation <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Diät:</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>zeitweise <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> <td>- letzter Stuhlgang:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Sondenkost:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>													Mobilität	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Orientierung	ja	zeitweise	nein		- Freies Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Gebrauch v. Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Sitzen/Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						- persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Körperpflege	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidungen	ja	zeitweise	nein		- Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haminkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Bad / Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						- An- u. Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Ernährung	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidungen	Silikon <input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- DiK-Wechsel	Durchfall <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>			- Diät:	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- letzter Stuhlgang:					- Sondenkost:								
Mobilität	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Orientierung	ja	zeitweise	nein																																																																																																																																			
- Freies Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
- Gebrauch v. Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
- Sitzen/Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
				- persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
Körperpflege	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidungen	ja	zeitweise	nein																																																																																																																																			
- Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haminkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
- Bad / Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
- Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
- An- u. Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																							
Ernährung	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidungen	Silikon <input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
- Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- DiK-Wechsel	Durchfall <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>																																																																																																																																				
- Diät:	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- letzter Stuhlgang:																																																																																																																																						
- Sondenkost:																																																																																																																																										
Mitgegebene persönliche Gegenstände		Besonderheiten																																																																																																																																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">- Zahnprothesen</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Brillen</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Hörgerät</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Krankenversicherungskarte</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Papiere:</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Kleidung:</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		- Zahnprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- Brillen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- Hörgerät	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- Krankenversicherungskarte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- Papiere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- Kleidung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Dekubitus / -gefährdung <input type="checkbox"/> // Wundbericht anbei <input type="checkbox"/> Sturzgefährdung <input type="checkbox"/> // Schmerzproblematik <input type="checkbox"/>																																																																																																										
- Zahnprothesen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
- Brillen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
- Hörgerät	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
- Krankenversicherungskarte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
- Papiere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
- Kleidung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
.....	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
.....	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
.....	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								
.....	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																																																																																																																																								

Versorgungsnetz Gesundheits e.V., 2017

Datum, Unterschrift _____ Unterschrift Patient/in _____
 Faxnr. Empfänger: Ev. Krhs: 236-429 / Klinikum: 403-2700 / Pius-Hosp: 229-1111 / Karl-Jaspers-Kf: 691448



Überleitungsbogen PD



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

ÜBERLEITUNGSBOGEN vom PFLEGEDIENST Fax:



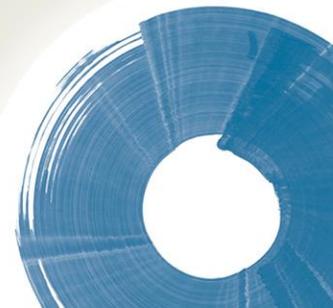
Stammdaten der Patientin / des Patienten Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Adresse: _____ Betreuer/in (Name / Tel.): _____ Konfession: ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> Sonstige Religion: _____ Hausarzt/-ärztin (Name / Tel.): _____ Krankenversicherung: _____		Pflegedienst / Stempel Ansprechperson: _____ Telefonnummer: _____ Erreichbarkeit: _____	
Soziale Aspekte Bezugsperson/en (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): _____ Lebt in gemeins. Haushalt mit: _____ Lebt alleine <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Schlüssel hat: _____ Vorsorgevollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bevollmächtigt: _____ Patientenverfügung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegegrad: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weicher: _____ beibringt: <input type="checkbox"/>		Bisherige Medikation s. Medikationsplan <input type="checkbox"/> zuletzt gegeben: _____ _____ _____	
Bereits bekannte Probleme Sturzgefahr <input type="checkbox"/> / Schmerzproblematik <input type="checkbox"/> Dekubitus-/Gefäßwunde <input type="checkbox"/> Belücht. erbebt <input type="checkbox"/>		Allergien _____ _____	
Bitte um Rücksprache Ansprechperson s.o. O		Vorerkrankungen _____ _____	
Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten			
Mobilität selbst. mit Hilfe unselbständig - Freies Gehen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Gebrauch v. Gehhilfen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Sitzen/Umsitzen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Orientierung ja teilweise nein - zeitlich _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - örtlich _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - situativ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - persönlich _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Körperpflege selbst. mit Hilfe unselbständig - Waschen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Bad / Dusche _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Mundpflege _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - An- u. Auskleiden _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ausscheidungen ja teilweise nein Harninkontinenz _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ernährung selbst. mit Hilfe unselbständig - Nahrungsaufnahme _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Schluckstörungen _____ ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - Diät: _____ - Sonderkost _____		Ausscheidungen - DK-Mechel _____ Silikon <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> - letzter Stuhlgang: _____ Durchfall <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/>	
Pflegumfang (mit Häufigkeit) Grundpflege _____ Hauswirtschaftl. Versorgung _____ - _____ - _____ Besonderheiten (Lagerung, ...) _____ Behandlungspflege _____ - _____ - _____		Hilfsmittel vorhanden mitgegeben Rollator _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rollstuhl _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pflegebett _____ <input type="checkbox"/> Lagerungsmatratze _____ <input type="checkbox"/> Nachstuhl _____ <input type="checkbox"/> Silikon / Holzgerät _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zahnprothese _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Versorgungsnetz Gesundheit e.V., 2017

Datum, Unterschrift _____

Unterschrift Patientin _____

Faxnr. Empfänger: Ev. Krho: 236-429 / Klinikum: 403-2700 / Plus-Hosp: 229-1111 / Karl-Jaspers-Kf: 691448



Ergänzungsbogen Psychiatrie



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

KARL-JASPERS-KLINIK
Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH

„Überleitungsbogen vom Krankenhaus“ - psychiatrische Aspekte-

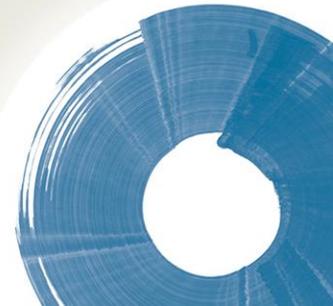
Die Bearbeitung des Überleitungsbogens wird gemeinsam mit der Patientin durchgeführt. Füllen Sie unter Berücksichtigung der beispielhaften Faktoren die einzelnen Punkte aus. Der Schwerpunkt liegt auf der Frage: Welche Selbsthilfemaßnahmen setzt die Patientin ein?

Aufrechterhaltung eines Gleichgewichtes zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion / Soziale und emotionale Stabilität
(Kommunikationsstörungen, Beziehungsgestaltung, Dissoziation, Vulnerabilität)

Vorbeugung von Risiken für Leben, Funktionen und Wohlbefinden
(Suizidtendenz, Schmerz, Verletzung, Dekubituseinschätzung, Bewegungseinschränkung, Suchtmittel, Verhalten bei Aggressionen)

Aufrechterhaltung eines Gleichgewichtes zwischen Aktivität und Ruhe
(Schlaf, Tagesstruktur, Freizeitgestaltung)

Förderung der Gesundheit
(Selbstbild, Sinnfindung, Umgang mit (chronischer) Erkrankung und deren Folgen)



Überleitung



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

CHECKLISTE ZUR ENTLASSUNGSPLANUNG



Benachrichtigung über Termin:

Patient/in
Bezugsperson / gesetzl. Betreuer/in
Pflegedienst
Hausarzt/-ärztin
Heim / Wohngruppe
Reha / AHB
Physiotherapie (im Haus)
Stomatherapie / Ernährungsberatung / ...

Transport bestellen:

Uhrzeit?
Begleitung geklärt?
Zuzahlung?
Transportart (privat? Taxi?)
(KTW sitzend oder liegend?)
Ankunftssituation geklärt?
Schlüssel?
Einkäufe? Heizung?

Mitzugebende (ggf. bei Aufnahme mitgebrachte) Unterlagen / Hilfsmittel:

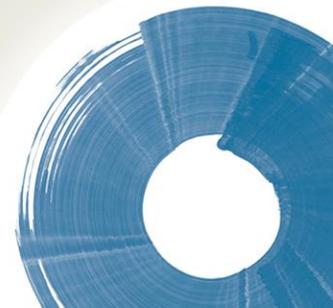
Krankenversicherungskarte / Elektronische Gesundheitskarte
Gesamte Akte (z.B. von ambulantem Pflegedienst) / Notfallmappe
Mitgebrachte Medikamente / Insulin-Pens, ...
Röntgenbilder, Befunde
Med. Ausweise / Pässe: (Diabetes, Marcumar, Dialyse, Herzschrittmacher, ...)
Erstausstattungssets (Stoma, Tracheotomie, ...)
Prothesen (auch Zähne, Brillen, Hörgeräte) / Hilfsmittel Wertgegenstände

Schriftliche Unterlagen vorbereiten:

Kurzarztbrief, Befunde	Überleitungsbogen (Pflegedienste, Heime, Kliniken)
Transportschein	Medikamentenplan (ggf. aktualisiert: EZ, Marcumar)
Wundversorgungsplan, Photo	Verordnung häusliche Krankenpflege
Anmeldung AHB	Abschlussbericht Physiotherapie

Medikamente / Verbandmittel bis zum nächsten Praxisöffnungstag mitgeben:

Bei Entlassungen vor/an Wochenenden, Feiertagen und ggf. mittwochs
(wenn die hausärztliche Praxis kein Rezept mehr ausstellen kann – vorher klären!)

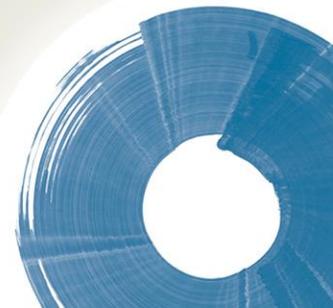


Vereinsaktivitäten



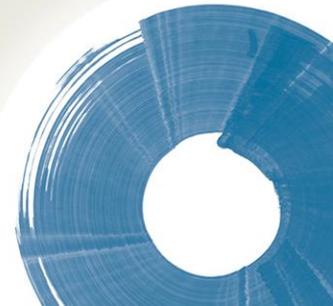
Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

- PflegeForen seit 2004 (mittlerweile 62)
 - Austausch, gegenseitiges Verständnis, Fortbildung
- Leitungstreffen seit 2004
 - Einrichtungsübergreifend



Vereinsaktivitäten

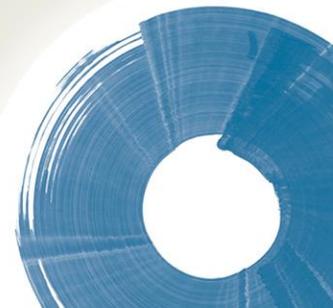
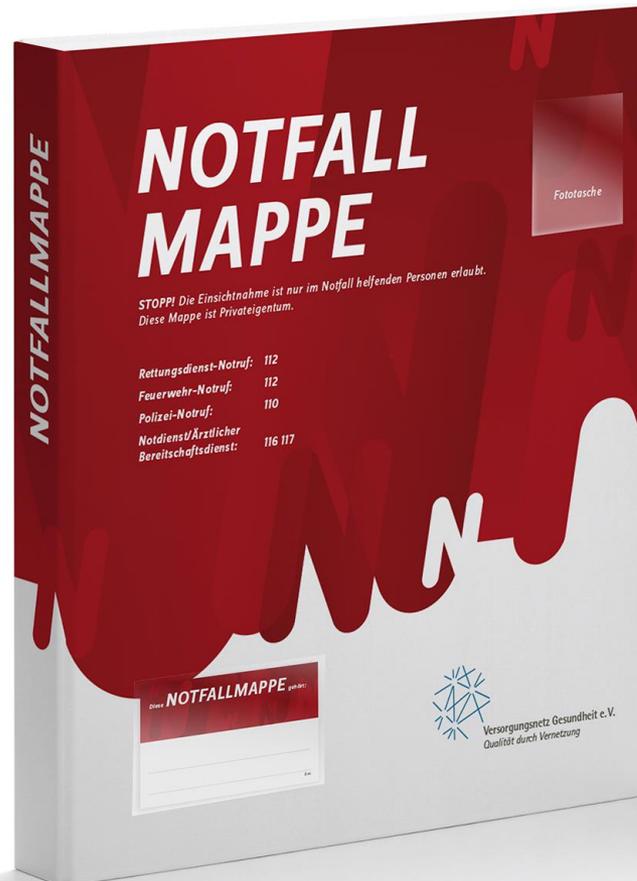
- Diverse Arbeitsgruppen
(unter aktiver Beteiligung der Mitglieder und der Stadt)
- Weiterbildung „Netzwerker/in im Gesundheitswesen“
 - IHK-zertifiziert
 - Bisher 142 AbsolventInnen: MultiplikatorInnen



Notfallmappe

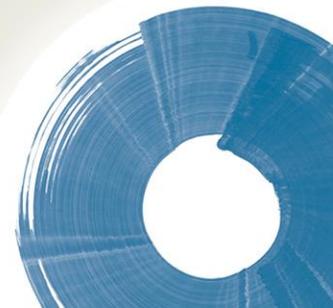


Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung



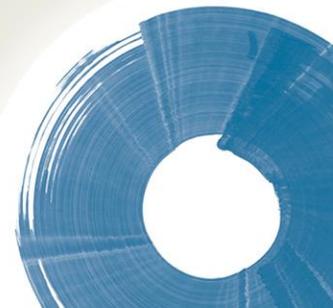
Von Idee zur Umsetzung

- 2007 Gespräche Feuerwehr – Versorgungsnetz
- Ltd. Oldenburger Notarzt und Rettungsassistenten erkennen Lücke
- 2009 erste Auflage
- 2019 sechste Auflage
(über 20.000 verkaufte Mappen)



Sinn und Zweck

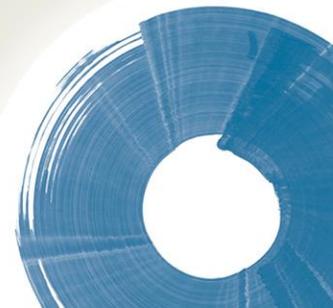
- Wichtige medizinische Unterlagen sind beieinander
- Informationsweitergabe auch an „fremde“ Behandler ist gewährleistet
- Entscheidungen werden eher im Sinne der PatientInnen getroffen



DemenzNetz Oldenburg



- 2015 Gründung einer Arbeitsgemeinschaft unter dem Dach des Versorgungsnetz Gesundheit e.V.



DIKO= Demenz-Informations- und Koordinationsstelle Oldenburg



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

DIKO
Demenz-
Informations-
und Koordinationsstelle
Oldenburg



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung



Wer wir sind

Kontakt

Netzwerkpartner

Wegweiser Demenz

Herzlich willkommen!

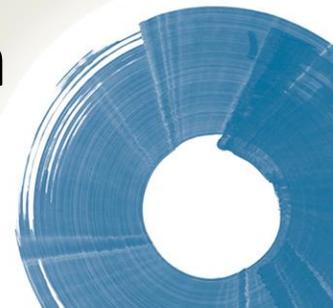
"Die schönen TAGE aber gingen froh zu Ende; wir hatten Herrliches erlebt
und gingen mit Schätzen der Erinnerung im Herzen fort."

(Malvida von Meysenburg)



Zusammenfassung

- Zusammenschluss verschiedener Akteure bis hin zu Betroffenen / Selbsthilfe (Blick über den Tellerrand)
- Teilweise feste Vereinbarungen z.B. zur Entlassung aus dem Krankenhaus (Verbindlichkeit und Sicherheit)
- Kurze Wege: die Beteiligten kennen sich

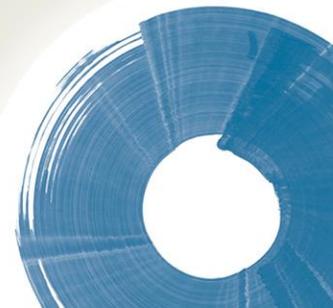


Zusammenfassung



Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

- Konkreter Nutzen für Einzelpersonen (Notfallmappe)
- In Oldenburg wird was bewegt (Anschub und/oder Mitgestaltung von: SPN / Demografiebeauftragter / DIKO/ Bündnis für Pflege)





Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Mehr Infos unter:

www.versorgungsnetz-gesundheit.de

www.notfallmappe-ol.de





Versorgungsnetz Gesundheit e.V.
Qualität durch Vernetzung

Für Fragen stehen zur Verfügung

Petra Rothe (Vorsitzende)

Tel: 0441 / 403-2138

petra.rothe@vng-ol.de

Regine Harms

Schriftführerin Versorgungsnetz Gesundheit e.V.

regine.harms@vng-ol.de

