

Überleitungsbogen Palliativteam Bergedorf

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Vertrauensperson: _____ Tel.: _____

Bezug: ☐ Ehepartner ☐ Kind ☐ sonstige: _____

Wichtige Ärzte (Hausarzt, Onkologe etc.): _____

Diagnosen: _____

Symptome: ☐ Schmerzen ☐ Übelkeit/Erbrechen ☐ Müdigkeit/Schwäche☐ Luftnot ☐ Angst/Unruhe ☐ Wunden/Dekubitus☐ Inkontinenz ☐ Depressivität ☐ AppetitmangelZugänge: ☐ Port ☐ PEG ☐ Pleura Drainage☐ Dauerkatheter ☐ Sauerstoffgerät ☐ AP

Allergien: _____

Pflegegrad: ☐ unbekannt ☐ kein ☐ beantragt☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3☐ Grad 4 ☐ Grad 5

Hilfsmittel: _____

Medikation: _____

Wichtige Infos: _____

Geplante Entlassung: _____

Beigefügt wird: ☐ Medikamentenplan ☐ SAPV-Verordnung ☐ aktuelle Arztbriefe

Kontakt für Rückfragen: _____