

Pflegeüberleitungsbogen Multiple Sklerose

Name, Vorname:		Geb.:	<input type="checkbox"/> berentet <input type="checkbox"/> berufstätig
Adresse:		Tel.:	Beruf:
Angehörige/Betreuer:		Tel:	Pflegestufe: I II III
1.			Ergänzende Leistung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.			Amt Ansprechpartner:
Hausarzt:		Tel:	KK:
Neurologe		Tel:	Selbsthilfegruppe:
Klinik:		Tel:	
Pflegedienst mit Ansprechpartner:		Tel:	
Physiotherapie:			
Andere:			
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Stock/Stütze <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl Gehstrecke:km/m			
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Partner <input type="checkbox"/> mit Familie <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung Kinder (Anzahl, Alter): <input type="checkbox"/> behindertengerecht (kann Wohnung alleine verlassen) <input type="checkbox"/> nicht behindertengerecht			
Psychosoziale Einbindung: <input type="checkbox"/> isoliert <input type="checkbox"/> relativ isoliert <input type="checkbox"/> einigermaßen eingebunden <input type="checkbox"/> gut eingebunden			
Verlaufsform: <input type="checkbox"/> schubförmig <input type="checkbox"/> sekundär chronisch <input type="checkbox"/> primär chronisch <input type="checkbox"/> andere:		Zusätzliche Diagnosen:	
MS seit:			
MS-Verlauf: Aktuelle Krankheitsaktivität (im Vergleich zu vor 4 Wochen): (1 = deutliche Verbesserung, 2 = geringe Verbesserung, 3 = stabil, 4 = geringe Zunahme der Beeinträchtigung, 5 = deutliche Zunahme der Beeinträchtigung) Verlauf (letztes Jahr): (1 = deutliche Verbesserung, 2 = geringe Verbesserung, 3 = stabil, 4 = geringe Zunahme der Beeinträchtigung, 5 = deutliche Zunahme der Beeinträchtigung)			

Bemerkungen:

.....
.....

Medikation (Name/Dosierung):	Kommentar (Patient)	Kommentar (Pflege):	Kommentar (Andere):
UNDS vom:			
1. Kognition:			
2. Stimmung:			
3. Sehen:			
4. Sprache/Kommunikation:			
5. Schlucken:			
6. Obere Extremität:			
7. Untere Extremität:			
8. Blase:			
9. Darm:			
10. Müdigkeit:			
11. Sexualität:			
12. Schmerzen:			

Bemerkungen:

.....