

Name Pflegeempfänger*in

Stammblatt

| Persönliche Daten | | | Wichtige Informationen zum Gesundheitszustand | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|----|------|--|------------------------------------|------|
| Name: | | | Allergien: | Ja | Nein | Unverträglichkeiten: | Ja | Nein |
| Geburtsname: | | | Diabetes/Typ: | | | Herzschrittmacher | | |
| Vorname: | | | Insulinpflichtig | | | Antikoagulantien | | |
| Geburtsdatum: | | | Epilepsie | | | Shunt/Ort: | | |
| Geburtsort: | | | Infektiöse Erkrankung: | | | | | |
| Aktuelle Adresse | | | Drainagen, Ableitungen, Zuleitungen | | | | | |
| Straße und Hausnummer: | | | PEG | Ja | Nein | PDA | Ja | Nein |
| Wohnort: | | | Port/Ort: | | | Tracheostoma | | |
| Aufnahme-/ Einzugsdatum: | | | Stoma: Urostoma | | | Blasenverweilkatheter: | | |
| | | | Kolostoma | | | Suprapubisch / Größe | | |
| | | | Ileostoma | | | Transurethral/Größe | | |
| Bezugspersonen / Angehörige | | | Pleuradrainage/Ort: | | | | | |
| Name und Anschrift: | | Name und Anschrift: | | | | Aszitesdrainage | | |
| | | | | | | Wunden | | |
| | | | | | | OP-Wunde/Ort: | Quetsch-/Risswunde/Ort: | |
| | | | | | | Dekubitus/Ort: Grad: | Prellung/Ort: | |
| | | | | | | Thermische Wunde/Ort: | Schnitt-/Platzwunde/Ort: | |
| Telefon: | | Telefon: | | | | Effloreszenzen/Ort: | Schürfwunde/Ort: | |
| Gesetzl. Betreuung | | | Infektionszeichen | | | | | |
| Gesundheitsfürsorge | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> | | Ja | | MRSA | Ja | |
| Aufenthaltsbestimmung | | Vermögenssorge | | | | Wunddrainagen Ja <input type="radio"/> Welche: | | |
| Patientenverfügung | | Weitere Bereiche | | | | Wunddokumentation durchgeführt | Ja <input type="radio"/> s. Anlage | |
| Reanimation erwünscht? | Ja <input type="radio"/> | Vorsorgevollmacht | | | | Hautzustand | | |
| Häusliche Situation | | | | | | Hauttyp: | Hauttemperatur: | |
| Lebt zu Hause | | Lebt in Pflegeeinrichtung | | | | Hautturgor: | Hautfarbe: | |
| Alleine | | Tagespflege/Teilstationär | | | | Hautoberfläche: | | |
| | | | Allgemeinzustand | | | | | |
| Ehepartner*in/ Lebensgefährt*in | | Pflegeüberleitungsbogen vorhanden | | | | Größe: | Gewicht: | BMI: |
| Bezugsperson in der Nähe | | Vollstationär | | | | Kostform: | | |
| Häusliche Hilfe / Pflegedienst | | Entlassproblematik: | | | | Barthel-Index: | | |
| amb. Palliativversorgung | | | | | | Daten erfasst von: | | |
| Hausnotruf | | | | | | Datum: | | |
| Pflegestufe: | | | | | | | | |

Name Pflegeempfänger*in

| Diagnosen | | | | Schmerz | | | |
|--|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|---|--|------------------|--|
| bei aktuellem Klinikaufenthalt Klinikdiagnose: | | | | Akuter Schmerz | | | |
| | | | | Chronischer Schmerz | | | |
| | | | | Schmerzart: | | | |
| | | | | NRS: | BESD: | | |
| Hauptdiagnosen: | | | | Lokalisation / Schmerzort: | | | |
| | | | | Dauerhafte Schmerzmedikation: | | | |
| | | | | Übelkeit | Erbrechen | | |
| | | | | Substanzmissbrauch | | | |
| Nebendiagnosen: | | | | Alkohol: | Nikotin | | |
| | | | | BTM: | Weitere Drogen: | | |
| | | | | Vitalzeichen bei Erstellung der Anamnese: | | | |
| | | | | Puls: | Blutdruck: | | |
| Hilfsmittel: | | notwendig | vorhanden | eigene | Temperatur: | O ₂ : | |
| Bewegung: | Rollstuhl | | | | Wünsche zum Wohlbefinden | | |
| | Rollator | | | | | | |
| | Unterarmgehstützen | | | | | | Seelsorge erwünscht? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| | Gehstock | | | | | | Falls ja, welche Religion / Konfession: |
| | Orthese | | | | | | Kommunikation |
| | Prothese Arm/Bein | | | | | | Sprache: Kommunikationsform: |
| | Aufstehhilfe | | | | | | Gewohnheiten |
| Tuchlifter | | | | Körperpflege: | | | |
| Kommunikation: | Hörgeräte | | | | Schlaf: | | |
| | Brille | | | | Weitere: | | |
| | Kontaktlinsen | | | | Schienen, Orthesen, Bandagen: Bezeichnung und Ort: | | |
| | Augenprothese | | | | | | |
| | Sprechkanüle | | | | | | |
| Zahnprothese: | Vollprothese | oben <input type="radio"/> | unten <input type="radio"/> | | | | |
| | Teilprothese | oben <input type="radio"/> | unten <input type="radio"/> | | | | |
| Ausscheidung: | Toilettenstuhl | | | | | | |
| | Steckbecken | | | | | | |
| | Toilettensitzerhöhung | | | | | | |
| | Inkontinenzversorgung | | | | | | |
| | Stomaversorgung | | | | | | |