

**Informationsweitergabe an gesetzliche Betreuer mit den Aufgabenkreisen:  
Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht und Vermögenssorge**

Per Fax an: \_\_\_\_\_ Fax-Nr. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des zu betreuenden Klienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

**Für ergänzende Informationen zu den Punkten A bis E bitte unbedingt das Textfeld benutzen!**

- A**
1.  Verschlechterung des Allgemeinzustands
  2.  Verbesserung des Allgemeinzustands zur Info vom: \_\_\_\_\_
- B**
1.  Eine Krankenhauseinweisung erfolgte am: \_\_\_\_\_ ins \_\_\_\_\_
  2.  Die Krankenhauserlassung erfolgte am: \_\_\_\_\_
- C**
1.  Antrag auf Pflegebedürftigkeitsfeststellung erforderlich.
  2.  Antrag auf Pflegebedürftigkeitsfeststellung durch den MDK beantragt am: \_\_\_\_\_
  3.  Höherstufungsantrag zur Pflegebedürftigkeit erforderlich.
  4.  Höherstufungsantrag zur Pflegebedürftigkeit beantragt am: \_\_\_\_\_
  5.  Der Termin zur Pflegebedürftigkeitsfeststellung findet laut MDK  
am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_  
 in der Häuslichkeit  in der Einrichtung des o. g. Klienten statt.
- D**
1.  Dekubitusgefahr wurde mittels der „\_\_\_\_\_-Skala festgestellt.
  2.  Sturzgefahr wurde ermittelt.
  3.  Mitteilung über erfolgten Sturz – **Sturzprotokoll bitte unbedingt beifügen!**
  4.  Flüssigkeits- oder  Ernährungsdefizit festgestellt. Versorgung mit  
 PEG-Sonde  Nasensonde  \_\_\_\_\_
  - 4a  Ein Ernährungsmanagement durch externen Partner wird durchgeführt.
  5.  Harninkontinenz festgestellt. Versorgung mit:  
 Inkontinenz-Schutzhosen,  Blasen-Dauerkath.,  Suprapubischer Katheter (SPK)
  6.  Schmerzmanagement erforderlich
  - 6a  palliativ-med. Versorgung  erforderlich  empfohlen
  7.  Wundversorgung erforderlich aufgrund  chronischer Wunde oder  Dekubitus
  - 7a  Ein Wundmanagement durch externen Partner wird durchgeführt.
- E**
1.  Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) wurden zum Selbstschutz des Klienten  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ vorübergehend eingeleitet.  
 FEM sind weiterhin erforderlich. Antrag beim Vormundschaftsgericht ist zu stellen.  
Ärztliche Bescheinigung wird zugesandt.
- F**
2.  Evaluationsergebnisse der Pflegeprozessplanung zum o. a. Klienten liegen vor.

**Ich teile Ihnen folgende Information bezüglich des o. g. Klienten mit:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Der gegenwärtige Zustand des o. g. Klienten erfordert eine kurzfristige persönl. Rücksprache.  
 Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter der Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ zur Verfügung.  
 Bitte um Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegefachkraft

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung / des Dienstes oder Stempel