

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen d. Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Ist der/die Patient/in desorientiert?**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Treten nachts Unruhezustände auf?**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Liegt Inkontinenz vor?**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Ist der/die Patient/in bettlägerig?**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gewicht ca. \_\_\_\_\_ kg

**8. Gefährdung / Risiken**

	Nein	Ja
Dekubitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitusgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, an welcher Stelle am Körper?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hinlauffähigkeit?

Hinweise / Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sturzgefahr?

**9. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)? Liegen psychische Störungen vor?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?**

---

---

**11. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welche)?**

---

---

**12. Bestehen ansteckende Krankheiten, z.B. TBC, Hepatitis, HIV, MRGN (Bitte genau bezeichnen)**

---

---

**13. Diagnosen**

---

---

---

---

---

**13.a Impfung gegen Covid 19 (wenn ja, Anzahl angeben)**

---

---

**14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?**

---

---

---

---

---

**15. Ist eine Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?**

---

---

**16. Hinweise, Bemerkungen**

---

---

---

**Der aufzunehmende Patient ist persönlich bekannt.**

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes