

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