

1. Name, Vorname:

Geburtsdatum:

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Ankleiden	☐	☐	☐	☐

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Frisieren / Rasieren	☐	☐	☐	☐
Aufstehen (aus Bett)	☐	☐	☐	☐
Zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐
Benutzen d. Toilette	☐	☐	☐	☐

3. Ist der/die Patient/in desorientiert?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich	☐	☐	☐	☐
örtlich	☐	☐	☐	☐
persönlich	☐	☐	☐	☐
situativ	☐	☐	☐	☐

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
☐	☐	☐	☐

5. Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐	☐
Harninkontinenz	☐	☐	☐	☐

6. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
☐	☐	☐	☐

7. Gewicht

ca. kg

8. Gefährdung / Risiken

	Nein	Ja
Dekubitus?	☐	☐
Dekubitusgefahr?	☐	☐

Wenn ja, an welcher Stelle am Körper?

Hinweise / Anmerkungen:

Hinlauff Tendenz? ☐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)?
Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien (z.B. Laktose, Fructose)?**

16. Hinweise, Bemerkungen

Der/die aufzunehmende Patient/in ist persönlich bekannt.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes