

1.	Vor- und Zuname	
2.	Geburtsdatum	
3.	Wohnort, Straße	
4.	Liegt eine Gehbehinderung oder eine sonstige körperliche Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe _____ Hilfsmittel (z. B. Rollator, Gehstock) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Hilfsmittel _____ <input type="checkbox"/> vollständig auf Rollstuhl angewiesen
5.	Bettlägerigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein
6.	Sehbehinderung?	<input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein Hilfsmittel
7.	Beeinträchtigungen des auditiven Systems?	<input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein Hilfsmittel
8.	Herausforderndes Verhalten?	Innere Unruhe: _____ nächtliche Unruhe: _____
9.	Zeitliche Orientierung	Örtliche Orientierung
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Hinlauf-/ Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein
11.	Stuhlinkontinenz	Harninkontinenz
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> suprapubischen <input type="checkbox"/> transurethralen Blasenkathetern
12.	Hilfe wird benötigt bei:	
	Nahrungsaufnahme	Flüssigkeitsaufnahme
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Aufstehen	Ankleiden
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Körperpflege	Toilettengang
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13.	Grundstimmung eher:	<input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> zugewandt <input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> empfindlich <input type="checkbox"/> traurig <input type="checkbox"/> agitiert <input type="checkbox"/> misstrauisch <input type="checkbox"/> nicht / oder wenig kooperativ
14.	Suchterkrankung:	<input type="checkbox"/> ja _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">welcher Art?</div> <input type="checkbox"/> nein
15.	ansteckende Krankheiten / multi-resistente Erreger:	<input type="checkbox"/> ja _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Diagnose (z. B. TBC / MRSA, ESBL ...)</div> <input type="checkbox"/> nein
16.	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Tablettenpflichtig <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> nein
17.	Adipositas / Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18.	Allergien oder Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">welche / auf was?</div> <input type="checkbox"/> nein
19.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
20.	Impfstatus zu Covid 19	<input type="checkbox"/> ja _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Datum / Impfstoff</div> <input type="checkbox"/> nein

Diagnosen:

Weitere Anmerkungen:

Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
-------	-------------------------------------