



Zu- und Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Diagnosen \_\_\_\_\_

Krankheitsverlauf \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation:                    Unterscribenen Verordnungsplan bitte unbedingt beifügen!**

**Allgemein- und Ernährungszustand**

normal                     reduziert                   

Größe                    Gewicht                    Diät:  nein  ja, welche?: \_\_\_\_\_

**Seh- und Hörfähigkeit**

normal                     Sehbehinderung                     Hörbehinderung

**Bewegungsfähigkeit**

normal                     eingeschränkt

Lähmungen                    \_\_\_\_\_  Kontrakturen: \_\_\_\_\_

Gehhilfen                     Rollator                     Rollstuhl

**Pflegebedürftigkeit**

An- und Auskleiden                     Waschen                     Baden                     Rasieren                     Kämmen

Zerkleinern der Speisen                     Essen einnehmen                     Aufstehen                     Hinlegen

Gehen                     Gang zur Toilette                     Inkontinenz (Urin/Stuhl)

Absaugen des Bronchialsekrets                     O2 -Gabe

**Besonderheiten**

Magensonde                     PEG-Sonde                     Blasenkatheter                     suprapubischer Blasen kath.

Stoma ( Tracheo-/Colo-/ \_\_\_\_\_ )

Dekubitus/Wunde(n) \_\_\_\_\_

Bek. Allergien, welche? \_\_\_\_\_

**Psychisch-geistiger Zustand**

voll orientiert                     desorientiert (zeitlich/örtlich/zur Person)                     auffallend vergesslich

ausgeglichen                     kontaktfreudig                     verschlossen                     depressiv                     misstrauisch                     aggressiv

motorisch unruhig (tags/nachts)                     laut (tags/nachts)                     Gefahr des Weglaufens

nicht ansprechbar                     somnolent                     Suchtkrankheit \_\_\_\_\_

Wahnideen                     Sinnestäuschungen                     Suizidgefährdung

**Bemerkungen**

**Ich (wir) bestätige(n), dass die o.g. Patient:in NICHT an folgenden Infektionen leidet:**  
(bitte unbedingt ankreuzen!)

Tbc     MRSA     HIV/AIDS     Scabies     Hepatitis B     Salmonellose

Übernehmen Sie für diese Patient:in die ärztl. Betreuung in unserem Haus?  ja     nein

Datum

Unterschrift/Stempel der Ärztin