

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

<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Rasieren	<input type="checkbox"/> Kämmen
<input type="checkbox"/> Zerkleinern der Speisen	<input type="checkbox"/> Essen einnehmen	<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Hinlegen	
<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/> Inkontinenz (Urin/Stuhl)		
<input type="checkbox"/> Absaugen des Bronchialsekrets	<input type="checkbox"/> O2 -Gabe			

Besonderheiten

Magensonde PEG-Sonde Blasenkatheter suprapubischer Blasen kath.
 Stoma (Tracheo-/Colo-/ _____)
 Dekubitus/Wunde(n) _____
 Bek. Allergien, welche? _____

Psychisch-geistiger Zustand

voll desorientiert (zeitlich/örtlich/zur Person) auffallend vergesslich
orientiert
 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 Ärzt:in _____