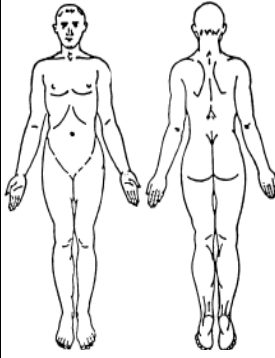


PATIENT / ADRESSE Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____ Religion _____ Straße _____ Wohnort _____	KOGNITION, KOMMUNIKATION, VERHALTEN zur eigenen Person orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein örtlich orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein zeitlich orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein situativ orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein Tag-/Nachtrhythmus erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein Besonderheiten in der Nacht: _____ Muttersprache: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ Kommunikation eingeschränkt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ursache: _____ Ängste: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ Mitteilung von Bedürfnissen <input type="checkbox"/> Hunger/Durst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schmerzen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wunsch Toilettengang: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitw. <input type="checkbox"/> nein Besonderheiten: _____ Verhalten: _____	Sturzrisiko <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kontrakturen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ DECUBITUS / WUNDEN (Wenn ja, bitte Wunddokumentation mitgeben!) Decubitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gefährdet <input type="checkbox"/> ja, Grad: _____ Wunden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																																																																											
ANGEHÖRIGE / BETREUER Patient lebt allein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versorgungssituation: _____ Angehörige (Name, ggf. Wohnort, Tel.) _____ _____ Hausarzt _____ Richterlicher Beschluss (evtl. Kopie mitgeben!) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Patientenverfügung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja KOSTENTRÄGER <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegekasse/ Krankenkasse: _____ Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Leistung / Höherstufung beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____	HILFSMITTEL <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>mitge- geben</th> <th>Nutzung ja nein</th> <th></th> <th>mitge- geben</th> <th>Nutzung ja nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pflegebett</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toilettenstuhl</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Hörgerät</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zahnprothesen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Rollator</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gehhilfe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		mitge- geben	Nutzung ja nein		mitge- geben	Nutzung ja nein	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zahnprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige:						ALLG. KÖRPERPFLEGE / MOBILITÄT bettlägerig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lagerung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lagerungshilfen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Spezialmatratze <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein geschlechtsspezifische Pflege gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>S selbstständig</th> <th>MH mit Hilfe</th> <th>US unselbst- ständig</th> <th>TF tagesform- abhängig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Waschen</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bad/Duschen</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mundpflege</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rasieren/Haarpflege</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>An-/Auskleiden</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Toilettengang</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aufstehen/Zubettgehen</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gehen</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Transfer</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Essen</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Trinken</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Arzneieinnahme</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		S selbstständig	MH mit Hilfe	US unselbst- ständig	TF tagesform- abhängig	Waschen					Bad/Duschen					Mundpflege					Rasieren/Haarpflege					An-/Auskleiden					Toilettengang					Aufstehen/Zubettgehen					Gehen					Transfer					Essen					Trinken					Arzneieinnahme				
	mitge- geben	Nutzung ja nein		mitge- geben	Nutzung ja nein																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Zahnprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Sonstige:																																																																																																													
	S selbstständig	MH mit Hilfe	US unselbst- ständig	TF tagesform- abhängig																																																																																																									
Waschen																																																																																																													
Bad/Duschen																																																																																																													
Mundpflege																																																																																																													
Rasieren/Haarpflege																																																																																																													
An-/Auskleiden																																																																																																													
Toilettengang																																																																																																													
Aufstehen/Zubettgehen																																																																																																													
Gehen																																																																																																													
Transfer																																																																																																													
Essen																																																																																																													
Trinken																																																																																																													
Arzneieinnahme																																																																																																													
MEDIKATION: Siehe Arztbrief, Medikationsplan o. ä. (bitte mitgeben!) Letzte Medikamentengabe Datum: _____ <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts Letzte Bedarfsmedikation Datum: _____ Uhrzeit: _____ Präparat/e: _____ Letzte Insulin-Injektion Datum: _____ Uhrzeit: _____ Letzte Nahrungsaufnahme Datum: _____ Letzter Stuhlgang Datum: _____ Letzter Wechsel Blasen katheter Datum: _____ Letzter Abstrich/Probe Datum: _____ Ort d. Entnahme: _____ <input type="checkbox"/> Ergebnis liegt noch nicht vor <input type="checkbox"/> Ergebnis: _____	ERNÄHRUNG Vollkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten: Vorlieben/Abneigungen: _____ Flüssigkeitsmenge/Tag: _____ kcal/Tag: zuletzt verab. PEG-Kost _____ ml/h: PEG-Kost Flussrate _____ Sonstiges: _____	AUSSCHIEDUNG Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> ja Harninkontinenz <input type="checkbox"/> ja Künstl. Darmausgang <input type="checkbox"/> ja Blasen katheter <input type="checkbox"/> ja MRSA, MRGN, Clostridien u.a.: Besiedlung/Infektion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja, womit: _____ Lokalisation: _____ Sanierung: _____ Besonderheiten: _____	Anhalt für eine ansteckungsfähige Lungen-Tbc (§36IfSG) (bei erstmaliger Aufnahme in ein Alten-/Pflegeheim o.ä. → Arztunterschrift erforderlich) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unterschrift Ärztin/Arzt (Name) _____																																																																																																										
BESONDERHEITEN (Allergie, ausgestellte Rezepte, beantragte Hilfsmittel, besonderes Verhalten, besondere Anrede, Rauchen usw.):																																																																																																													
DIAGNOSEN (ggf. Einweisungsgrund) _____																																																																																																													

Datum

Einrichtung

Unterschrift (Pflege-)Fachkraft

Telefonnummer mit Durchwahl

Anruf erbeten ja nein