



Nur vom behandelnden Arzt oder Hausarzt auszufüllen!

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Wohnung

Feststellungen über Art und Auswirkungen der Erkrankungen:

1. Diagnosen: (möglichst keine Abkürzungen verwenden)

2. Körperliche Behinderungen/Einschränkungen:

3. Psychische Störungen/Einschränkungen: (z. B. depressiv, weinerlich, aggressiv, unberechenbar, motorisch unruhig)

4. Ist eine Diät erforderlich Nein Ja:
5. Liegt oder lag eine Suchterkrankung vor Nein Ja:
 Alkohol:
 Medikamente:
 Sonstiges:

6. Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC) Ja Nein:

7. Weitere Einschränkungen:
 - 7.1 Einschränkung Sehfähigkeit Nein Ja:
 - 7.2 Einschränkung Hörfähigkeit Nein Ja:
 - 7.3 Einschränkung Sprachfähigkeit Nein Ja:
 - 7.4 Gehunfähig Nein Ja:
 - 7.5 Stehunfähig Nein Ja:
 - 7.6 Tagsüber bettlägerig Nein Ja: überwiegend ständig
 - 7.7 Schlafstörungen Nein Ja:
 - 7.8 Hautschädigungen Nein Ja:
 - 7.9 Schmerzen chronisch Nein Ja:

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:	Rev.	Freigabedatum:	Seite
Jansen	-----	Baldus	6	29.09.2019	Seite 1 von 3
15.09.2019	-----	-----	Erstmalige Erstellung am: 01.04.2004		



Bitte zusätzlich ankreuzen, ob tagsüber (T) oder/und nachts (N)

8. Orientierungsstörungen:

			teilweise	vollständig		
			↓	↓	T	N
8.1	Orientierungsstörungen zeitlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Orientierungsstörungen örtlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Orientierungsstörungen zur Person	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	häufig laut und unruhig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	gefährdet sich selbst/andere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu Nr. 8:

Feststellungen über Art und Umfang notwendiger Hilfestellungen, einschließlich aktivierender Pflege:

			teilweise	Vollständig
			↓	↓
9. Körperreinigung und-pflege	9.1	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.2	Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.3	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.4	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.5	Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.6	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.7	Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.8	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mahlzeiten	10.1	Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.2	Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.3	Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Benutzung der Toilette, Inkontinenzversorgung	11.1	Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.2	Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne, Nachtstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.3	Sauberhalten bei Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.4	Sauberhalten bei Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mobilität	12.1	Aufstehen u. Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.2	Hilfestellung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.3	Hilfestellung beim Stehen/Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.4	Hilfestellung bei Benutzung eines Rollstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geändert:	Gepüft:	Freigegeben:	Rev.	Freigabedatum:	Seite
Jansen	-----	Baldus	6	29.09.2019	Seite 2 von 3
15.09.2019	-----	-----	Erstmalige Erstellung am: 01.04.2004		

