

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Dauerdiagnosen:

.....
.....

Derzeitige Medikation:

.....
.....

Körperlicher Zustand:

Gefähig nein mit Hilfe ja

Stehfähig nein mit Hilfe ja

Bettlägerig nein zeitweise ja

Dekubitus nein ja Grad:

Kontrakturen nein ja

Harninkontinenz nein zeitweise ja

Stuhlinkontinenz nein zeitweise ja

Blasenkatheter nein vorübergehend dauernd

Magensonde nein ja

Ansteckende Krankheiten nein ja

welche:

Allergien nein ja

welche:

COVID-19-Impfung nein Basisimmunität

COVID-19-Infektion nein ja Datum:

Sehvermögen: Hörvermögen:

Orientierung:

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| zeitlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| örtlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| personell | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| situativ | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| Kommunikation | <input type="radio"/> kontaktfreudig | <input type="radio"/> zurückgezogen | <input type="radio"/> isoliert |
| Umtriebig, Unruhig | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| Nachts ruhig | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| Hin-/Weglaufneigung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |

Gemütslage:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| kooperativ | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| freundlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| depressive Stimmungslage | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| mürrisch | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| aggressiv | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |

Hilfebedarf:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Aufstehen, Zubettgehen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> teilweise | <input type="radio"/> nein |
| An- und Auskleiden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> teilweise | <input type="radio"/> nein |
| Waschen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> teilweise | <input type="radio"/> nein |
| Toilettengang | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> teilweise | <input type="radio"/> nein |
| Essen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> teilweise | <input type="radio"/> nein |

Suchtverhalten:

- Alkohol Medikamente sonstige:

Ernährung:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Vollkost | <input type="radio"/> Diät | <input type="radio"/> Schonkost |
| <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> mundgerecht | <input type="radio"/> passiert |

Allgemeine Zusammenfassung:

.....
.....

Ort, Datum

Name / Unterschrift