

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Dauerdiagnosen:

.....
.....

Derzeitige Medikation:

.....
.....

Körperlicher Zustand:

Gehfähig	☐ 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:

Sehvermögen: Hörvermögen:

Körpergröße: Körpergewicht:

Orientierung:

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| zeitlich | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| örtlich | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| personell | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| situativ | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| Kommunikation | ☐ kontaktfreudig | ☐ zurückgezogen | ☐ isoliert |
| Umtriebig, Unruhig | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| Nachts ruhig | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| Hin-/Weglaufneigung | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |

Gemütslage:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| kooperativ | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| freundlich | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| depressive Stimmungslage | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| mürrisch | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| aggressiv | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |

Hilfebedarf:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Aufstehen, Zubettgehen | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| An- und Auskleiden | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Waschen | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Toilettengang | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| Essen | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |

Suchtverhalten:

- ☐ Alkohol ☐ Medikamente ☐ sonstige:

Ernährung:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Vollkost | ☐ Diät | ☐ Schonkost |
| ☐ normal | ☐ mundgerecht | ☐ passiert |

Allgemeine Zusammenfassung:

.....

.....

Ort, Datum

Name / Unterschrift