



1. Vor- und Zuname										
Geburtsdatum										
2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen bei folgenden Tätigkeiten?										
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd						
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen d.Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3. Ist der/ die Patient/in					4. Treten nachts Unruhezustände auf?					
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd	
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ist der/ die Patient/in bettlägerig?					
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Liegt Inkontinenz vor?										
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd						
Stuhlinkontenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
wenn ja, in welcher Form ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Streßinkontinenz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz		<input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> extraneurethrale Inkontinenz			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Überlaufinkontenz			
7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)										
8. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche)										
9. Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art)										
10. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art)										
Verhaltensauffälligkeiten:					<input type="checkbox"/>	Eigengefährdung		<input type="checkbox"/>	Fremdgefährdung	
11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B.TBC? Beachte §36 Infektionsschutzgesetz vom 20.07.00. Erhebung der Befunde darf nicht länger als 6 Monate zurückliegen!										
Tbc	<input type="checkbox"/>			Scabies	<input type="checkbox"/>					
MRSA/ORSA	<input type="checkbox"/>			andere (welche?)	<input type="checkbox"/>					
Dauerausscheider	<input type="checkbox"/>									

Erstellt:	Datum:	Geprüft/Freigegeben:	Version:
E. Pilgrim	04.10.2004	A. Köster/25.02.2022	04

