



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"/>	Streßinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	extraneurethrale Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontenz	<input type="checkbox"/>					
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



Table with 2 columns: ICD-10, Diagnosen. Multiple empty rows for data entry.

Checkboxes for PEG, Tracheostoma, anus praeter, suprapubischer Katheter, Dauerkatheter. Pain assessment: Schmerzen: nein/ja, akut/chronisch, stabil/instabil. Schmerzlokalisierung: chronische Wunde.

Section 13: Allergien/ Unverträglichkeiten: (Empty space for text)

Section 14: letzter Krankenhausaufenthalt: Datum: Grund:

Section 15: mitbehandelnde Ärzte/ Fachärzte: (Empty space for text)

Section 16: Welche Medikamente müssen verabreicht werden? Table with columns: Medikament, morgens, mittags, Abends, nachts, Bemerkungen.

Section 17: Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)? (Empty space for text)

Section 18: Hinweise und Bemerkungen (Empty space for text)

Section 19: Allg. Impfungen: Tetanus (wann?): Pneumokokken (wann?): Influenza (wann?):

Section 20: Covid-19 Impfstatus Datum letzte vollständige Impfung + Impfstoff:

Section 20.1: Bereits sicher nachgewiesene Corona-Infektion: Datum:

Section 21: Größe: m Gewicht: kg

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort: Datum:
Stempel und Unterschrift des Arztes:

Table with 4 columns: Erstellt, Datum, Geprüft/Freigegeben, Version. Values: E. Pilgrim, 04.10.2004, A. Köster/25.02.2022, 04