



Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Pflegegrad
------------------------	---------------------	-------------------

Diagnosen/allgemeiner Befund:

Akt. Medikation/Therapien

Pflegebedarf

Der Patient benötigt Hilfe	keine	gelegentlich	ständig
----------------------------	-------	--------------	---------

Körperpflege:

Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bad/Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An- und Auskleiden

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ernährung:

Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen eingeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondenkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Diäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausscheidung:

Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Mobilität:

	keine	gelegentlich	ständig
Aufstehen/ zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilweise bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollständig bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychischer Zustand:

örtlich nicht orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich nicht orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Verwirrheitszustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zum weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gefährdet sich selbst oder andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erforderliche Aufsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztliche Verordnung:

Medikamente verabreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitusversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patient bedarf der Bewahrung in einer geschlossenen Unterbringung

Ja nein

Der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten nach § 48 a Bundesseuchengesetz

Ja nein

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes