



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"/>	<input type="checkbox"/>
Bad/Dusche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung:					
Essen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Vorbereitung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen eingeben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondenkost		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Diäten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung:					
Toilettengang		<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"/>
Stuhlinkontinenz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Welche Form der Harninkontinenz liegt vor?

- Belastungsinkontinenz/Streßinkontinenz
- Dranginkontinenz
- Mischform
- Überlaufinkontinenz
- Funktionelle Inkontinenz
- Reflexinkontinenz

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

Ab 01.10.2022 muss vor oder unverzüglich nach der Aufnahme ein ärztliches Attest vorliegen, dass bei dem/der Bewohner/-in **keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind**. Das Attest darf nicht älter als 6 Monate sein.

Welche Fachärzte oder Zahnarzt behandeln den Interessenten/-in?

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes

	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Revisionsstand:	1
Datum	27.09.2022	27.09.2022	27.09.2022	Nächste Überarbeitung:	Bei Bedarf
Name	Froschermeier	Froschermeier	Froschermeier	Seite:	3 von 3