



**Nur vom behandelnden Arzt oder Hausarzt auszufüllen!**

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Wohnung

**Feststellungen über Art und Auswirkungen der Erkrankungen:**

1. Diagnosen: (möglichst keine Abkürzungen verwenden)
  
2. Körperliche Behinderungen/Einschränkungen:
  
3. Psychische Störungen/Einschränkungen: (z. B. depressiv, weinerlich, aggressiv, unberechenbar, motorisch unruhig)
  
4. Ist eine Diät erforderlich  Nein  Ja:
5. Liegt oder lag eine Suchterkrankung vor  Nein  Ja:  
 Alkohol:  
 Medikamente:  
 Sonstiges:
  
6. Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)  Ja  Nein:
  
7. Weitere Einschränkungen:
  - 7.1 Einschränkung Sehfähigkeit  Nein  Ja:
  - 7.2 Einschränkung Hörfähigkeit  Nein  Ja:
  - 7.3 Einschränkung Sprachfähigkeit  Nein  Ja:
  - 7.4 Gehunfähig  Nein  Ja:
  - 7.5 Stehunfähig  Nein  Ja:
  - 7.6 Tagsüber bettlägerig  Nein  Ja:  überwiegend  ständig
  - 7.7 Schlafstörungen  Nein  Ja:
  - 7.8 Hautschädigungen  Nein  Ja:
  - 7.9 Schmerzen chronisch  Nein  Ja:

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:	Rev.	Freigabedatum:	Seite
Jansen	-----	Baldus	6	29.09.2019	Seite 1 von 3
15.09.2019	-----	-----	Erstmalige Erstellung am: 01.04.2004		



**Bitte zusätzlich ankreuzen, ob tagsüber (T) oder/und nachts (N)**

**8. Orientierungsstörungen:**

			teilweise ↓	vollständig ↓	T	N
8.1	Orientierungsstörungen zeitlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Orientierungsstörungen örtlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Orientierungsstörungen zur Person	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	häufig laut und unruhig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	gefährdet sich selbst/andere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu Nr. 8:

**Feststellungen über Art und Umfang notwendiger Hilfestellungen, einschließlich aktivierender Pflege:**

			teilweise ↓	Vollständig ↓
<b>9. Körperreinigung und-pflege</b>	<b>9.1</b>	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.2</b>	Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.3</b>	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.4</b>	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.5</b>	Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.6</b>	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.7</b>	Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.8</b>	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>9.9</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Mahlzeiten</b>	<b>10.1</b>	Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>10.2</b>	Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>10.3</b>	Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>10.4</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Benutzung der Toilette, Inkontinenzversorgung</b>	<b>11.1</b>	Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>11.2</b>	Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne, Nachtstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>11.3</b>	Sauberhalten bei Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>11.4</b>	Sauberhalten bei Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>11.5</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Mobilität</b>	<b>12.1</b>	Aufstehen u. Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>12.2</b>	Hilfestellung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>12.3</b>	Hilfestellung beim Stehen/Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>12.4</b>	Hilfestellung bei Benutzung eines Rollstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>12.5</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geändert:	Gepprüft:	Freigegeben:	Rev.	Freigabedatum:	Seite
Jansen	-----	Baldus	6	29.09.2019	Seite 2 von 3
15.09.2019	-----	-----	Erstmalige Erstellung am: 01.04.2004		

- |   |  |
|---|--|
| <b>13. Ausführen ärztl. Verordnungen</b>  | <b>13.1</b> Verabreichung von Medikamenten/Spritzen <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>                  |
|   | <b>13.2</b> Einwirken auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> |
|   | <b>13.3</b> Wundversorgung <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>   |
|   | <b>13.4</b> An- und Ablegen von Hilfsmitteln <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>                         |
|   | <b>13.5</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>  |
| <b>14</b> <u>Notwendigkeit der Motivation u. Anleitung zur selbständigen Erledigung persönlicher Verrichtungen des täglichen Lebens</u> | <b>14.1</b> Körperpflege <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>   |
|   | <b>14.2</b> An- und Auskleiden <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>                                       |
|   | <b>14.3</b> Nahrungsaufnahme <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>   |
|   | <b>14.4</b> <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>  |
- 15.** Vorschlag für sonstige Maßnahmen/Hilfsmittel:

**16. Ist eine Änderung des Zustandes zu erwarten und daher**

eine Nachuntersuchung erforderlich, (Termin ?)  Nein  Ja:

**17. Größe:**

**Gewicht:**

**18. Aktuelle Medikation:**

**Dosierung:**


**Ort, Datum:**

**Stempel und Unterschrift des Arztes**

Geändert: Jansen	Geprüft: -----	Freigegeben: Baldus	Rev. 6	Freigabedatum: 29.09.2019	Seite Seite 3 von 3
15.09.2019	-----	-----	Erstmalige Erstellung am: 01.04.2004		