

Liegt eine Patientenverfügung vor? **ja** **nein**
Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt?
 Wenn ja, wer ist der Betreuer/Telefonnummer?.....

Besteht eine Vollmacht? **ja** **nein**
 Wenn ja, wer hat die Vollmacht/Telefonnummer?.....

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig? **ja** **nein**
 Wenn ja, welche?.....

Liegt ein richterlicher Beschluss vor? **ja** **nein**

Liegt eine Inkontinenz vor **ja** **nein**
 Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz
 extraurethale Inkontinenz Überlaufinkontinenz

Selbstversorgung / Mobilität	selbstständig	teilweise selbstständig	unselbstständig
Körperpflege Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett / zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kognitive Fähigkeiten / Kommunikation	vorhanden	teilweise vorhanden	nicht vorhanden
Verbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nonverbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachliche Barriere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	keine	selten	häufig
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weg- und Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr pflegerischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste / Zwänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitliche Problemlagen	ja	nein
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transurethraler Dauerkatheter <i>Letzter Wechsel:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter <i>Letzter Wechsel:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma: <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG <i>seit:</i> Sondennahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetiker <input type="checkbox"/> insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen <input type="checkbox"/> BTM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse <i>Welche Tage:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiene <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothesen <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputationen <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbseitenlähmung <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Sturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel	kein Bedarf	vorhanden	wird benötigt
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn(teil)prothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort

Datum

Ärztin / Arzt
(Stempel / Unterschrift)