

Persönliche Daten			
Name:			
Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Kommunikation			
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Ausfall
Sehvermögen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Ausfall
Sprachvermögen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Ausfall
Hilfsmittel:			
<input type="checkbox"/> Zahnprothese oben <input type="checkbox"/> Zahnprothese unten			
<input type="checkbox"/> Hörgerät links <input type="checkbox"/> Hörgerät rechts			
<input type="checkbox"/> Brille			
Versorgung und Gewohnheit mit Hilfsmittel:			
<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Übernahme			
Schmerz:			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Lokalisation <input type="checkbox"/> Schmerzmittel			
Mobilität			
Gehen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> gehunfähig
Treppe gehen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Stehen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Lagern bei Bettlägerigkeit:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Aufsuchen/Verlassen des Bettes:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Hilfsmittel: Rollstuhl, Rollator, Gestock, etc.			
Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Bemerkungen			
Körperpflege			
Bad/Dusche:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Waschen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Mund/Zahnpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Kämmen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Rasieren:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Fingernagelpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Fußpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Hautzustand:	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> feucht
			<input type="checkbox"/> schuppig
Hautschäden/Wunden:			
Bemerkungen:			

Ernährung			
Körpergröße:	Gewicht:		
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Darreichen
	<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung		<input type="checkbox"/> passierte Kost
	<input type="checkbox"/> Sondennahrung		
Flüssigkeitsaufnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Darreichen
	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> ausreichend
Hilfsmittel:			
Gewohnheiten/Bemerkungen:			
z. Beispiel: Lebensmittelunverträglichkeiten, Lieblingsspeisen			
Ausscheidungen			
Harninkontinenz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja
Stuhlgang:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> Verstopfung
	<input type="checkbox"/> Durchfälle	<input type="checkbox"/> Laxantien	
Toilettengänge	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Einlagen:	<input type="checkbox"/> tags	Typ:	Größe:
	<input type="checkbox"/> nachts	Typ:	Größe:
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter			
<input type="checkbox"/> Anus praeter			
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken			
Bemerkungen:			
Sich kleiden können			
Ankleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Auskleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Kleidung auswählen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Bemerkungen:			
Ruhen und Schlafen			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> Schlafmitteleinnahme
Bemerkungen:			
Sich beschäftigen können			
<input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Handarbeit
<input type="checkbox"/> Basteln	<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Bemerkungen:			

Für Sicherheit sorgen			
------------------------------	--	--	--

Orientierung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
persönlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Besteht ein starker Bewegungsdrang mit Hinlauftendenz (Verlassen der Häuslichkeit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Werden Risiken erkannt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Werden Risiken bewältigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Ist es Vergangenheit in der eigenen Häuslichkeit zu Stürzen gekommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Besteht herausforderndes Verhalten in Form von verbaler Aggression	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Besteht herausforderndes Verhalten in Form von körperlicher Aggression	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Medikamenteneinnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig

Bemerkungen:

Allergien/Unverträglichkeiten

Bestehende Therapien
<input type="checkbox"/> An- und Ausziehen Kompressionsstrümpfe
<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe
<input type="checkbox"/> Insulin
<input type="checkbox"/> Marcumar
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie

Umgang mit existentiellen Erfahrungen		
Gibt es eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es eine Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es einen Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Soll die Wäsche im Haus gewaschen werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------