

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 Gehunfähigkeit Nein Ja:
 - 7.5 Stehunfähigkeit 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	P.Sommerhäuser	P.Sommerhäuser	5	29.02.2012	Seite 1 von 3
15.01.2012	15.02.2012	Kremers-Gerads	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Orientierungsstörungen örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Orientierungsstörungen zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	häufig laut und unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	gefährdet sich selbst/andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7		<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 ↓	Voll- ständig ↓
9. <u>Körperreinigung und-pflege</u>	9.1 Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.2 Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.3 Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.4 Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.5 Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.6 Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.7 Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.8 An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.9		<input type="checkbox"/>
10. <u>Mahlzeiten</u>	10.1 Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.2 Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.3 Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <u>Benutzung der Toilette, Inkontinenzversorgung</u>	11.1 Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.2 Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne, Nachtstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.3 Sauberhalten bei Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.4 Sauberhalten bei Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <u>Mobilität</u>	12.1 Aufstehen u. Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.2 Hilfestellung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.3 Hilfestellung beim Stehen/Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.4 Hilfestellung bei Benutzung eines Rollstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:	Rev.	Freigabedatum:	Seite
Jansen	P.Sommerhäuser	P.Sommerhäuser	5	29.02.2012	Seite 2 von 3
15.01.2012	15.02.2012	Kremers-Gerads	Erstmalige Erstellung am: 01.04.2004		

Mobilität	12.5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ausführen ärztl. Verordnungen	13.1	Verabreichung von Medikamenten/Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.2	Einwirken auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.3	Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.4	An- und Ablegen von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Notwendigkeit der Motivation u. Anleitung zur selbständigen Erledigung persönlicher Verrichtungen des täglichen Lebens	14.1	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14.2	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14.3	Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14.4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vorschlag für sonstige Maßnahmen/Hilfsmittel:	<hr/>			

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:	Geprüft:	Freigegeben:	Rev.	Freigabedatum:	Seite
Jansen	P.Sommerhäuser	P.Sommerhäuser	5	29.02.2012	Seite 3 von 3
15.01.2012	15.02.2012	Kremers-Gerads	Erstmalige Erstellung am: 01.04.2004		