

Vorname:		Geburtsname:	
Name:		Geburtsdatum:	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ist der Patient gefähig?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist das Treppensteigen möglich?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient häufig bettlägerig?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient dauernd bettlägerig?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kann der Patient alleine zur Toilette gehen?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient Urin- oder Stuhlinkontinet ?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benötigt der Patient nachts Hilfe?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient Raucher?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient örtlich orientiert?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Ist der Patient zeitlich orientiert?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Ist der Patient persönlich orientiert?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Ist der Patient situativ orientiert?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer

Bedarf der Patient bei folgenden Tätigkeiten fremder Hilfe?

Essen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Trinken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
An-und Auskleiden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Baden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufstehen aus dem Bett:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waschen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frisieren/ Rasieren:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ungefähres Körpergewicht des Patient:	_____ kg
---------------------------------------	----------

Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____
Bestehen geistige/ seelische Störungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____
Sonstige Behinderungen (hören, sehen,)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____
Ist eine ärztlich angeordnete Diät erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____

Diagnose/ Sonstiges:

--

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? ja nein

Ort/ Datum

Unterschrift/ Stempel