

1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname:..... Geburtsdatum:.....

Straße:..... PLZ:..... Ort:.....

2. Nachweis gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Frei von §34 IfSG genannten ansteckenden Krankheiten, insbesondere Tuberkulose, Scabies, Hepatitis, MRSA, Salmonellen, Shigellose, Streptokokkeninfektion, etc

Infektionskrankheiten	Überstanden
	Akut
	Ansteckend
	Dauerausscheider

3. Besondere Gegebenheiten, Behinderungen:

Es besteht Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	Anus praeter	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
Häufige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	Blaseninkontinenz	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	(insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/>
Ständige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Mastdarminkontinenz	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>

Allergien gegen:..... Sonstige Erkrankungen:.....

4. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

Lähmungen: Halbseitenlähmung Beine Arme Querschnittslähmung

Versteifungen:.....

Amputationen:.....

5. Orientierungsvermögen und Verhalten:

Orientierungsvermögen	da	zw	Verhalten	da	zw	Verhalten	da	zw
Desorientierung örtl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gemeingefährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorientierung zeitl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichterkennen v. Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemütsstimmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			nächtl. Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Neigung zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	willig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verdrießlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						bösartig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Selbstgefährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Behinderungen und Störungen:

Geistige Behinderung, Art:.....	Sinnesbehinderung:		re	li
.....	Motorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	erblindet	<input type="checkbox"/>
Körperliche Behinderung, Art:.....	Sensorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	schwerhörig	<input type="checkbox"/>
.....	Eingeschr. Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	Hörgeräteträger	<input type="checkbox"/>
.....	Brillenträger	<input type="checkbox"/>	ertaubt	<input type="checkbox"/>

Bearbeitet am: 30.07.2013	Geprüft am: 30.07.2013	Freigabe am: 30.07.2013	Revision 1, Stand 1002
Bearbeitet durch: QB	Geprüft durch: PDL	Freigabe durch: HL	Seite 1 von 2

7. Suchtabhängigkeit:

Alkohol Medikamente hier:.....

8. An Hilfsmitteln werden benutzt:

Stock Gehgestell Orthopädische Schuhe Brille
Krücken Krankenfahrstuhl Prothesen Hörgerät

Sonstige Hilfsmittel.....

9. Fremde Hilfe ist nötig beim:

Essen Baden An-/Auskleiden Benutzen der Toilette
Waschen Frisieren/Rasieren Aufstehen/Zubettgehen Gehen Treppensteigen

10. Letzte stationäre Behandlung:

Allgemeinkrankenhaus Psychiatrisches Krankenhaus

Datum:.....Ort:.....Grund:.....

11. Diagnosen:

.....

12. Medikamentöse Therapie:

.....

13. Ernährungszustand:

Vollkost Zuckerdiät Leichte Kost Flüssignahrung Ernährungssonde Dehydrationsgefahr

14. Vollstationäre Unterbringung erforderlich:

Wohnbereich (Altenheim) Pflegebereich Gerontopsychiatrische Station

Ergänzende Anmerkungen:.....

.....

.....

Abkürzungsverzeichnis:

da = dauernd zw= zeitweilig re= rechts li= links

Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

.....
Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Bearbeitet am: 30.07.2013	Geprüft am: 30.07.2013	Freigabe am: 30.07.2013	Revision 1, Stand 1002
Bearbeitet durch: QB	Geprüft durch: PDL	Freigabe durch: HL	Seite 2 von 2