

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aufnahme: _____

Besondere Begebenheiten

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Patientin/Patient ist mobil | ☐ häufige Bettlägerigkeit | ☐ ständige Bettlägerigkeit |
| ☐ Dekubitus | ☐ Anuspraeter | ☐ Multiple Sklerose |
| ☐ Blaseninkontinenz | ☐ Dauerkatheter | ☐ Stuhlinkontinenz |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Morbus Parkinson | ☐ Apoplexie |
| ☐ Demenz | ☐ Depression | ☐ Suchterkrankung |

☐ Adipositas/Kachexie; Größe: _____ cm; Gewicht: _____ kg

☐ Sonstige Besonderheiten: _____

Pat. hat Allergien/Unverträglichkeiten ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche? _____

Pat. ist frei von Infektionskrankheiten ☐ ja ☐ nein

wenn nein, welche? _____

Orientierungsfähigkeit und Verhalten:

- | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|------------------------------------|
| Orientierung | örtlich | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | zeitlich | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | zur Person | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| Gemütsstimmung | freundlich | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | schwankend | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | Herausforderndes Verhalten | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| Verhalten | motorische Unruhe | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | nächtliche Unruhe | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | Neigung zum Weglaufen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| Sinneseinschränkungen | ☐ Sprachstörung | ☐ eing. Hörvermögen | ☐ eing. Sehvermögen | |
| | ☐ stumm | ☐ taub | ☐ erblindet | |
| Hilfe ist nötig beim: | Gehen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | Treppensteigen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | Aufstehen/Zubettgehen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | An-/Auskleiden | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | Benutzen der Toilette | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | Baden/Duschen/Waschen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | Frisieren/Rasieren | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |
| | Essen | ☐ ja | ☐ nein | ☐ zeitweise |

Hilfsmittel: ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Wechseldruckmatraze ☐ Sonstiges: _____

Ernährung: ☐ Vollkost ☐ Diabeteskost ☐ passierte Kost ☐ PEG-Sonde ☐ Sonstiges: _____

Bitte faxen Sie uns zusätzlich die verordnete Medikation mit Stempel und Unterschrift sowie eine Liste der Diagnosen zu (mit Diagnosedatum und ICD 10 Code). Diese sind Pflicht für die SGB XI Qualitätsprüfung. Vielen Dank!

Ort, Datum, Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Bitte zurück an: ☐ Eugen-Maurer-Haus ☐ Gerhard-Berting-Haus ☐ Elisabeth-Roock-Haus Fax: _____