

Vorname, Name: _____

geb. am: _____

Ist der Patient gehfähig? ja nein

Gehhilfen erforderlich?

nein

ja : Stock
 Rollator
 Rollstuhl

Ist der Patient häufig bettlägerig? ja ständig nein

Liegt Harninkontinenz vor? ja nein DK

Liegt Stuhlinkontinenz vor? ja nein

Folgende Grunderkrankungen liegen vor:

Diabetes melitus

Herzinsuffizienz

Niereninsuffizienz

Hilfestellung erforderlich:

Aufstehen aus dem Bett

Essen anreichern

Ankleiden

Waschen

Toilettenbenutzung

Zeitlich orientiert?

ja nein nicht immer

Örtlich orientiert?

ja nein nicht immer

Weglauftendenz?

ja nein

Suchtkrankheit?

nein ja, welche: _____

Liegt eine ansteckende Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetz IFSG, insbesondere TBC vor? nein ja, welche: _____

Die letzte Röntgenaufnahme der Atmungsorgane/Tuberkulintest war am _____, danach liegt keine ansteckungsfähige Tuberkulose vor.

Der Patient bekommt folgende Medikation:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Hinweise oder Bemerkungen des Arztes:

Datum und Unterschrift des Arztes

Stempel