

<b>Verlegende Einrichtung:</b>		Erhebungsdatum:.....	
<b>Stammdaten und Biographie:</b>			
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsname:</b>		<b>Möchte Angesprochen werden mit:</b>	
<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Name der Krankenkasse:</b>	
	<b>Geburtsort:</b>	Krankenversicherungsnummer:	
<b>Anschrift:</b>		<b>Name und Anschrift Hausarzt:</b>	
<b>Religion:</b> <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Keine			
<b>Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden			
<b>Biographie des Patienten:</b> Ehemaliger Beruf: Stolz / Bedeutsames: Prägende Erlebnisse: Beschäftigt sich gerne mit:			
<b>Angehörige:</b> <input type="checkbox"/> (Ehe)Partner <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer (siehe Rechtliche Angaben) <input type="checkbox"/> anderer		<b>Name des Angehörigen:</b>  <b>Angehöriger ist zu erreichen:</b> (Telefonnummer)	
<b>Kontaktaufnahme erwünscht bei:</b> <input type="checkbox"/> Zunehmender Unruhe des Kranken <input type="checkbox"/> Verschlechterung des Gesundheitszustandes <input type="checkbox"/> Einleitung von Schutzmaßnahmen <input type="checkbox"/> fehlender Kooperation bei der Pflegesituation <input type="checkbox"/> Problemen bei der Nahrungsaufnahme/Flüssigkeitsaufnahme			
<b>Rechtliche Angaben</b>			
<b>Pflegegrad:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt			
<b>Patientenverfügung:</b>		<input type="checkbox"/> vorhanden	
<b>Vorsorgevollmacht:</b>		<input type="checkbox"/> vorhanden	
<b>Gesetzliche Betreuung:</b>		<input type="checkbox"/> vorhanden	
<b>Name des Bevollmächtigten / gesetzlichen Betreuers:</b>			
<b>Kontaktdaten:</b>			
<b>Aufgabenkreis:</b>			
<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge		<input type="checkbox"/> Postempfang	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung		<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahmen	
<input type="checkbox"/> Verkehr mit Behörden / Kassen			

Wichtige medizinische Daten	
<b>Diagnosen:</b>	
<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Kognitive Einschränkung <input type="checkbox"/> Delirium in der Anamnese <input type="checkbox"/> Wahnzustände / Halluzinationen <input type="checkbox"/> Depression	
<b>Allergien:</b>	<b>Infektionen/Isolationspflicht:</b>
<b>Gewicht:</b>	<b>Größe:</b>
<b>Sensorische Wahrnehmung / Schmerz:</b>	<b>Schmerzlokalisierung:</b>
<input type="checkbox"/> Selbsteinschätzung möglich <input type="checkbox"/> Fremdeinschätzung	<input type="checkbox"/> Ruheschmerz <input type="checkbox"/> Belastungsschmerz
<b>Orientierung beeinträchtigt:</b> <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> situativ	
<b>Atmung:</b>	<b>Weitere relevante Angaben:</b>
<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflichtig <input type="checkbox"/> Tracheostoma	
<b>Suchtproblematik:</b>	<b>Umfang des Konsums:</b>
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Entzugssyndrom
<b>Medikamente:</b>	<b>Medikamenteneinnahme:</b>
<input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetiker <input type="checkbox"/> Antikoagulantien	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe beim Einnehmen <input type="checkbox"/> Probleme bei der Medikamenteneinnahme
<b>mitgegebene Medikamente:</b>	
Kommunikation	
<b>Gesprochene Sprache:</b>	<input type="checkbox"/> Dolmetschende / vermittelnde Person
<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere:	
<b>Sprachverständnis:</b>	<b>Sprach- und Sprechfähigkeiten:</b>
<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt <input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt <input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden	<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Sätze können gebildet werden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt <input type="checkbox"/> Sprechfähigkeit fehlt <input type="checkbox"/> kann sich durch Gesten verständigen
<b>Kann Rufanlage bedienen:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Bekannte Schwerhörigkeit:</b>	<b>Bekannte Seheinschränkung:</b>
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

**Hörgerät vorhanden:** rechtes Ohr  linkes Ohr Brille vorhanden:**Verhaltensformen und Gewohnheiten****Nähe und Distanz:**

- reagiert positiv auf Körperkontakt
- Hält lieber Distanz
- Braucht Blickkontakt
- Anklopfen vor Betreten des Zimmers
- Angstauslösende Faktoren:

**Auffälliges Verhalten:**

- Hinlauftendenz
- Selbstgefährdung
- Fremdgefährdung

**Beruhigend wirkt:****Wünscht:**

- Männliche Pflegekraft
- Weibliche Pflegekraft
- Keine Präferenz

**Momentane Gemütslage:**

- ausgeglichen
- depressiv
- aggressiv
- apathisch

**Gewohnheiten im Tagesablauf / Rituale:****Morgens:****Mittags:****Abends:****Selbstversorgung / Körperpflege****Körperpflege:**

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

**An- und Auskleiden:**

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

**Abwehrendes Verhalten zu erwarten bei:****Hautzustand:**

- intakt
  - Auffälligkeit
- Lokalisation:

**Separate Wunddokumentation:** vorhanden**Wunde:**

- chronische Wunde
- akute Wunde
- Dekubitus
- Ulcus cruris
- Diabetisches Fußsyndrom
- Sonstiges

**Ausscheidungen** erkennt Toilette als solche**Stuhl:**

- kontinent
- teilweise kontinent
- inkontinent

**Urin:**

- kontinent
- teilweise kontinent
- inkontinent

**Letzter Stuhlgang am:****Feste Toilettenzeiten:****wünscht Versorgung mit folgendem Inkontinenzmaterial:**neigt zu:  Diarrhoe  Obstipation

<input type="checkbox"/> Enterostoma	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
<b>Letzter Wechsel am:</b>	<b>Letzter Wechsel am:</b>
<b>Mobilität</b>	
<b>Fortbewegung in der Ebene:</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig <input type="checkbox"/> unselbstständig	<b>Positionswechsel im Bett:</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
<b>Transfers:</b> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbständig <input type="checkbox"/> unselbstständig	<b>Sturzgefährdung vorhanden:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Benötigt folgendes Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<b>Letztes Sturzereignis am:</b>
<b>Ernährung</b>	
<b>Essen und Trinken:</b> <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Hilfestellung nötig <input type="checkbox"/> Anleitung/Erinnerung nötig <input type="checkbox"/> benötigt viel Zeit	<b>Kostform:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> passiert <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> Diät:
<b>Besonderheiten:</b> <input type="checkbox"/> Schluckstörung: <input type="checkbox"/> andicken nötig <input type="checkbox"/> Ernährungssonde: <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung:	<b>Besondere Vorlieben und Abneigungen:</b>  <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Dehydration
<b>Tägliche Trinkmenge:</b>	
<b>Ruhen und Schlafen</b>	
<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Einschlafstörung <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung <input type="checkbox"/> gestörter Tag- und Nachtrhythmus	
<b>Rituale/bei Einschlafstörung hilft:</b>	
<b>Mitgegebene Dokumente und Hilfsmittel</b>	
<b>Mitgegebene Dokumente:</b> <input type="checkbox"/> Versichertenkarte <input type="checkbox"/> Aktueller Medikamentenplan <input type="checkbox"/> Kopie Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Kopie gerichtlicher Beschluss für ges. Betreuung <input type="checkbox"/> Kopie Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Separate Wunddokumentation <input type="checkbox"/> Dokumentationsmappe (Ambulante Dienste)	<b>Mitgegebene Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Sonstige Prothese:  <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Sonstiges: