

Persönliche Angaben:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Größe (cm):	
Gewicht:	
Pflegegrad:	
Hausarzt:	

Medizinische Angaben:

Diagnosen, Befunde:	
Bestehen chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Bestehen ansteckende Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:

Pflegebedarf und Betreuung

	Keine Hilfe	Gelegentlich	Ständig
Körperpflege (Waschen, Duschen, Rasieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung (Essen, Trinken, Sondenkost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung (Toilettengang, Inkontinenz, Katheter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (Gehen, Aufstehen, Rollstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung (Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychische Verfassung

Orientierung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zur Person <input type="checkbox"/> Zum Ort <input type="checkbox"/> Zur Zeit <input type="checkbox"/> Zur Situation
Verwirrheitszustände	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geistig- seelische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:

Medizinische Versorgung

Medikamentengabe erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Injektionen notwendig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wundversorgung (Akute Wunde)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche

Erstellung	Freigabe	Veröffentlichung	Version	
QM	ZL	23.07.2025	4.0	Seite 2 von 3

Wundversorgung (Chronische Wunde)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche

Medikamentenverordnungen

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Besondere Kostform

Besondere Kostform notwendig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche
-------------------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Erstellung	Freigabe	Veröffentlichung	Version	
QM	ZL	23.07.2025	4.0	Seite 3 von 3