

<b>Persönliche Daten</b>			
<b>Name:</b>			
<b>Vorname:</b>		<b>Geburtsname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Kommunikation</b>			
<b>Hörvermögen:</b>	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Ausfall
<b>Sehvermögen:</b>	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Ausfall
<b>Sprachvermögen:</b>	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Ausfall
<b>Hilfsmittel:</b>			
<input type="checkbox"/> Zahnprothese oben <input type="checkbox"/> Zahnprothese unten			
<input type="checkbox"/> Hörgerät links <input type="checkbox"/> Hörgerät rechts			
<input type="checkbox"/> Brille			
<b>Versorgung und Gewohnheit mit Hilfsmittel:</b>			
<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Übernahme			
<b>Schmerz:</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Lokalisation <input type="checkbox"/> Schmerzmittel			
<b>Mobilität</b>			
<b>Gehen:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> gehunfähig
<b>Treppe gehen:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<b>Stehen:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<b>Lagern bei Bettlägerigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Aufsuchen/Verlassen des Bettes:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Hilfsmittel: Rollstuhl, Rollator, Gestock, etc.</b>			
<b>Gebrauch von Hilfsmitteln</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Bemerkungen</b>			
<b>Körperpflege</b>			
<b>Bad/Dusche:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Waschen:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Mund/Zahnpflege:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Kämmen:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Rasieren:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Fingernagelpflege:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Fußpflege:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
<b>Hautzustand:</b>	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> feucht
			<input type="checkbox"/> schuppig
<b>Hautschäden/Wunden:</b>			
<b>Bemerkungen:</b>			

<b>Ernährung</b>			
<b>Körpergröße:</b>	<b>Gewicht:</b>		
<b>Nahrungsaufnahme:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Darreichen
	<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung		<input type="checkbox"/> passierte Kost
	<input type="checkbox"/> Sondennahrung		
<b>Flüssigkeitsaufnahme:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Darreichen
	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> ausreichend
<b>Hilfsmittel:</b>			
<b>Gewohnheiten/Bemerkungen:</b>			
z. Beispiel: Lebensmittelunverträglichkeiten, Liebesspeisen			
<b>Ausscheidungen</b>			
<b>Harninkontinenz:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja
<b>Stuhlgang:</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> Verstopfung
	<input type="checkbox"/> Durchfälle	<input type="checkbox"/> Laxantien	
<b>Toilettengänge</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
<b>Einlagen:</b>	<input type="checkbox"/> tags	Typ:	Größe:
	<input type="checkbox"/> nachts	Typ:	Größe:
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter			
<input type="checkbox"/> Anus praeter			
<b>Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken			
<b>Bemerkungen:</b>			
<b>Sich kleiden können</b>			
<b>Ankleiden:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
<b>Auskleiden:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
<b>Kleidung auswählen:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
<b>Bemerkungen:</b>			
<b>Ruhen und Schlafen</b>			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> Schlafmitteleinnahme
<b>Bemerkungen:</b>			
<b>Sich beschäftigen können</b>			
<input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Handarbeit
<input type="checkbox"/> Basteln	<input type="checkbox"/> Sonstiges		
<b>Bemerkungen:</b>			

<b>Für Sicherheit sorgen</b>			
------------------------------	--	--	--

<b>Orientierung:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>zeitlich</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>örtlich</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>persönlich</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>situativ</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht ein starker Bewegungsdrang mit Hinlauftendenz (Verlassen der Häuslichkeit)</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>Werden Risiken erkannt</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>Werden Risiken bewältigt</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>Ist es Vergangenheit in der eigenen Häuslichkeit zu Stürzen gekommen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht herausforderndes Verhalten in Form von verbaler Aggression</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht herausforderndes Verhalten in Form von körperlicher Aggression</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>Medikamenteneinnahme:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbstständig

<b>Bemerkungen:</b>

<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b>

<b>Bestehende Therapien</b>
<input type="checkbox"/> An- und Ausziehen Kompressionsstrümpfe
<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe
<input type="checkbox"/> Insulin
<input type="checkbox"/> Marcumar
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie

<b>Umgang mit existentiellen Erfahrungen</b>		
<b>Gibt es eine Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Gibt es eine Vorsorgevollmacht</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Gibt es einen Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Soll die Wäsche im Haus gewaschen werden?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------