




<p><b><u>Kommunikation</u></b></p> <p>Hören:</p> <p>Verstehen:</p> <p>Sprechen:</p> <p>Orientierung:</p> <p>Eigene Tagesstrukturierung:</p> <p><input type="checkbox"/> Sehbrille <input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> Hörgeräte _____</p>	<p><b><u>Körperpflege</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfestellung</p> <p><input type="checkbox"/> vollständige Übernahme</p> <p><input type="checkbox"/> An-/Auskleiden selbständig <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Äußert Kleidungswünsche <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> bevorzugt Baden</p> <p><input type="checkbox"/> bevorzugt Duschen</p>
<p><b><u>Bewegung</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> geht alleine <input type="checkbox"/> geht mit Begleitung</p> <p><input type="checkbox"/> kann nicht mehr gehen</p> <p><input type="checkbox"/> Gehhilfe: _____ <input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> kann sich im Bett alleine drehen <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> geleg. Schwindelzustände <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko der Sturzgefährdung <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko der Dekubitusgefährdung <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko der Kontrakturgefährdung <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Richterliche Genehmigung FEM liegt vor</p> <p><input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Unruhe</p>	<p><b><u>Ernährung</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfestellung</p> <p><input type="checkbox"/> kann nicht alleine Essen und Trinken</p> <p>Ernährungszustand: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko der Mangelernährung <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko der Flüssigkeitsaufnahme <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Kau-/ Schluckstörungen <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kostform: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Diät _____</p> <p><input type="checkbox"/> Zahnprothesen vorhanden <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Vollprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten</p> <p>Teilprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente zerkleinern <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b><u>Ausscheidung und Toilettengang</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Stuhlkontinenz <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Urinkontinenz <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Benötigt Hilfe bei Toilettengang <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Blasenkatheter transurethral <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Blasenkatheter subrapubisch <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> benötigt Abführmittel <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Inkontinenzartikel: _____</p>	<p><b><u>Medizinische Besonderheiten</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Nachtmedikation <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> MR-Keime _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Allergien _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Prothesen _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Wunden vorhanden <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Lokalisation: _____</p>

## Bekannte Allergie gegen:

- |   |                              |                          |
|---|------------------------------|--------------------------|
|    | Glutenhaltige Getreide       | <input type="checkbox"/> |
|    | Krebstiere                   | <input type="checkbox"/> |
|    | Eier                         | <input type="checkbox"/> |
|    | Fische                       | <input type="checkbox"/> |
|    | Erdnüsse                     | <input type="checkbox"/> |
|   | Sojabohnen                   | <input type="checkbox"/> |
|  | Milch                        | <input type="checkbox"/> |
|  | Schalenfrüchte               | <input type="checkbox"/> |
|  | Sellerie                     | <input type="checkbox"/> |
|  | Senf                         | <input type="checkbox"/> |
|  | Sesamsamen                   | <input type="checkbox"/> |
|  | Schwefeldioxid und Sulfite   | <input type="checkbox"/> |
|  | Lupinen                      | <input type="checkbox"/> |
|  | Weichtiere                   | <input type="checkbox"/> |
|   | Allergien sind nicht bekannt | <input type="checkbox"/> |