

<b>1. Vor- und Zuname</b>				
<b>2. Geburtsdatum</b>				
<b>3. Benötigt der/die PatientIn Hilfe beim:</b>				
Gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Essen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Aufstehen ( aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>4. Ist der/die PatientIn:</b>				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>5. Treten nachts Unruhezustände auf?</b>				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>6. Ist der/die PatientIn bettlägerig?</b>				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>7. Liegt Inkontinenz vor?</b>				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
wenn ja, in welcher Form?	Stress- <input type="checkbox"/> inkontinenz	Drang- <input type="checkbox"/> inkontinenz	Reflex- <input type="checkbox"/> inkontinenz	Überlauf- <input type="checkbox"/> inkontinenz
<b>8. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ?</b>				
<b>9. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?</b>				
<b>10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art) ?</b>				
<b>11. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)</b>				
<b>12. Bestehen Anhaltspunkte für ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC / MRSA? (bitte genau bezeichnen)</b>				

<b>13. Diagnose</b>				
<b>13 a. Künstliche Ernährung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> PEG - Sonde	<input type="checkbox"/> Nasensonde
<b>14. Pflegegrad</b> <small>(wurde eine Einstufung vorgenommen)</small>	<input type="checkbox"/> Ja in Grad <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>14 a. Wurde ein Antrag auf Einstufung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja    am:    Bei Pflegekasse: <input type="checkbox"/> Nein			
<b>15. Welche Medikamente sind verordnet?</b>				
<b>16. Ist Diät / Schonkost erforderlich? (Wenn ja, welcher Art)</b>				
<b>17. Hinweise, Bemerkungen</b>				

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_