



Vitalzeichen/ Durchschnittswerte										
BZ	mg/dl		RR	Puls		Gewicht	Größe		cm	
<b>Atemfrequenz</b>			<b>Bemerkungen:</b>							
<b>Atmung</b>	beeinträchtigt		O rasselnd		O keuchend		<b>Hilfsmittel:</b> O Hohlraumvergrößerer O Inhaliergerät O Dosieraerosol			
	O ja O nein		O röchelnd		O Auswurf					
	B	A	TÜ	VÜ						
Bemerkungen:										
<b>Haut- zustand</b>	beeinträchtigt		O gut		O trocken		O fettend			
	O ja O nein		O Intertrigo		O Hautdefekte wo: _____			<b>Hilfsmittel:</b> O Wechseldrucksystem O Lagerungskissen O Fersenschoner O _____		
	B	A	TÜ	VÜ	Größe: _____ cm x _____ cm					
					Grad: _____					
Bemerkungen:										
Kommunikation										
<b>Orien- tierung</b>	beeinträchtigt		Desorientierung							
	O ja O nein		O zeitlich		O örtlich		O situativ		O zur Person	
	B	A	TÜ	VÜ	O Hinlaufgefährdet					
Bemerkungen:										
<b>Hören</b>	beeinträchtigt		O Schwerhörigkeit		<b>Hilfsmittel:</b> Hörgerät O re O li O _____					
	O ja O nein		O rechts O links							
	B	A	TÜ	VÜ	O Taubheit					
Bemerkungen:										
<b>Sehen</b>	beeinträchtigt		O Sehschwäche		O rechts		O links			
	O ja O nein		O Blindheit		O rechts		O links			
	B	A	TÜ	VÜ	O grauer Star O grüner Star					
Bemerkungen:										
<b>Sprechen</b>	beeinträchtigt		<b>Sprache:</b>							
	O ja O nein		O Dialekt		O leise		O laut		O verständlich	
	B	A	TÜ	VÜ	O ängstlich		O verwaschen		O aufgereggt	
					O zitternd		O stotternd		O umständlich	
Bemerkungen:										

<b>Gehen</b>	beeinträchtigt O ja O nein	O unsicher O langsam O kraftlos O trippelnd	O schnell O aufrecht O vorsichtig O bettlägrig	O steif	<b>Hilfsmittel:</b> O Rollator O Rollstuhl O Gehstock O Unterarmstützen
	B A TÛ VÛ				

Bemerkungen:

<b>Sitzen</b>	beeinträchtigt O ja O nein	O nur für kurze Zeit sicher O Haltungsschwierigkeiten O instabiler Sitz	<b>Hilfsmittel:</b> O Sitzkissen O Lagerungskissen O Gelkissen O _____
	B A TÛ VÛ		

Bemerkungen:

<b>Einschränkungen in der Mobilität</b>	beeinträchtigt O ja O nein	O Lähmungen wo: _____ O Kontrakturen wo: _____ O Tremor O körperliche Behinderung welche: _____	<b>Therapien:</b> O Logopädie O Ergotherapie O Physiotherapie O KG O Lymphdrainage O _____
	B A TÛ VÛ		

Bemerkungen:

### Körperpflege

<b>Waschen</b>	beeinträchtigt O ja O nein	Bemerkungen:
	B A TÛ VÛ	

### Essen und Trinken

<b>Nahrungsaufnahme</b>	beeinträchtigt O ja O nein	O Schluckbeschwerden O orale Aufnahme nicht möglich O PEG- Anlage O Adipositas O Kachexie O _____
	B A TÛ VÛ	

Bemerkungen: O Vollkost O Schonkost O Diätkost \_\_\_\_\_ BE O Sondenkost  
O passierte Kost O hochkalorische Kost O Anreichen

.....  
.....  
.....

<b>Flüssigkeitszufuhr</b>	beeinträchtigt O ja O nein	<input type="checkbox"/> Getränkehilfsbecher <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsbegrenzung _____ml <input type="checkbox"/> orale Aufnahme nicht möglich <input type="checkbox"/> H2O über PEG od. sc <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Anreichen
	B    A    TÛ    VÛ	

Bemerkungen: .....

.....

### Ausscheiden

<b>Harnfunktion</b>	beeinträchtigt O ja O nein	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Streßinkontinenz <input type="checkbox"/> Harnverhalt <input type="checkbox"/> Überlaufblase	<b>Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Inkomaterial <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> DK _____CH <input type="checkbox"/> FK _____CH <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Kondomurinar
	B    A    TÛ    VÛ		

Bemerkungen:

<b>Darmfunktion</b>	beeinträchtigt O ja O nein	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Diarrhöen <input type="checkbox"/> Teerstuhl <input type="checkbox"/> Fettstuhl <input type="checkbox"/> Meteorismen	<b>Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Inkomaterial <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Darmrohr
	B    A    TÛ    VÛ		

Bemerkungen:

### Schlafverhalten

<b>Schlafen</b>	beeinträchtigt O ja O nein	<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände <input type="checkbox"/> Umkehr Schlaf- Wachrhythmus <input type="checkbox"/> erhöhter Schlafbedarf am Tag <input type="checkbox"/> vermehrte Verwirrtheit in der Nacht
	B    A    TÛ    VÛ	

Bemerkungen:

### Sicherheit

<b>Sichere Umgebung</b>	beeinträchtigt O ja O nein	<input type="checkbox"/> ist der Pat. einwilligungsfähig <input type="checkbox"/> besteht eine Betreuung <input type="checkbox"/> besteht eine Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> besteht eine Selbstgefährdung <input type="checkbox"/> besteht eine Sturzgefahr <input type="checkbox"/> bestehen chronische Schmerzen
	B    A    TÛ    VÛ	

Bemerkungen:

**Soziale Bereiche**

<b>Psycho-soziales</b>	beeinträchtigt O ja   O nein				O liegen psychische Störungen vor? O besteht eine Sucht? O gibt es Verhaltensauffälligkeiten? O aggressiv   O kooperativ   O unruhig   O delirant   O ruhig O psychotisch   O ungehalten
	B	A	TÜ	VÜ	

Welche?

Name des Hausarztes	Telefon
---------------------	---------

Adresse	Fax
---------	-----

**Besonderheiten:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Geimpft gegen Covid 19   O Ja   O Nein   Wie oft:**

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes