

9. Größe: _____ Gewicht: _____

Diät erforderlich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

10. Sehfähigkeit normal blind behindert, inwiefern? _____

Hörfähigkeit: normal schwerhörig Sprachfähigkeit: normal beeinträchtigt

11. Bewegungsfähigkeit normal
eingeschränkt durch (Halbseiten)-Lähmung Versteifung Amputation

Patient/in sitzt im Rollstuhl ist vorwiegend bettlägerig ist ständig bettlägerig

12. Werden Prothesen (einschl. Brille, Hörgerät; auch orthopäd. Art) benötigt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

13. Ist eine Wundversorgung erforderlich? ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

14. Pflegebedürftigkeit liegt vor; fremde Hilfe nötig: bei der Körperpflege
 bei der Ernährung bei der Mobilität
 bei der Behandlungspflege Toilettengang
 Sonstiges _____

15. Hat der/die Patient/in einen Anus praeter? ja nein

16. Liegt eine Magensonde? ja nein

17. Liegt ein Dauerkatheter ja nein

18. Besteht **U**rininkontinenz nein gelegentlich dauernd
Stuhrinkontinenz nein gelegentlich dauernd

19. Bestehen Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

nein ja: _____

20. Liegt eine Suchtkrankheit vor? ja nein

Wenn ja, welcher Art? _____

21. Ist der/die Patient/in suizidgefährdet? ja nein

22. Welche Behandlungs- und/oder Reha-Maßnahmen sollten eingeleitet oder weitergeführt werden?

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes, Telefon, E-Mail