

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Vor- und Zuname			
Geburtsdatum			
Ist Pat. gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bestehende Kontrakturen	Wo ? ICD -Code	<input type="checkbox"/> Ja/ beschreiben	<input type="checkbox"/> nein
Ist Pat. häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/>	beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen
	<input type="checkbox"/>	beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren
	<input type="checkbox"/>	beim Aufstehen	<input type="checkbox"/> beim Lagern
	<input type="checkbox"/>	aus dem Bett	zur Nachtruhe
	<input type="checkbox"/>	beim Benutzen	<input type="checkbox"/> bei
		der Toilette	
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	
Ist der Patient gegen Covid-19 geimpft (wenn ja wann):			
Datum der letzten Tetanusimpfung:			
Ist der Patient frei von ansteckenden Erkrankungen? (auch TBC, MRSA,ESBL...)			
Diagnosen/ ICD 10 Code			
Bitte wenden			

Version: 1	erstellt	geprüft / bearbeitet	freigegeben
Datum	02/2022	02/2022	02/2022
durch wen	Von Jagow, M.	von Jagow, M.	Günther, B.



Aktuelle Medikation/
Medikamentenplan

_____, den

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Version: 1	erstellt	geprüft / bearbeitet	freigegeben
Datum	02/2022	02/2022	02/2022
durch wen	Von Jagow, M.	von Jagow, M.	Günther, B.