

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Pflegegrad:

Kommunikation

Kontaktaufnahme möglich? ja nein verbal nonverbal schriftlich

Sprachstörung? (wenn ja, welche):

Hören ungestört eingeschränkt rechts links Hilfsmittel:

Sehen ungestört eingeschränkt rechts links Hilfsmittel:

Orientierung & Bewusstsein

zeitlich	ja	nein	zeitweise	benommen
örtlich	ja	nein	zeitweise	wach
zur Person	ja	nein	zeitweise	
situativ	ja	nein	zeitweise	

Sich Bewegen

	Selbständig	Beaufsichtigung	Anleitung	Teilw. Unterstützung	Volle Übernahme
Gehen					
Stehen					
Sitzen an der Bettkante					
Transfer in den Rollstuhl					
Sich lagern					
Gebrauch von Hilfsmittel					

Bewegungseinschränkungen (wenn ja, welche):

Protektoren	Ja	nein
Stoppersocken	Ja	nein

Essen & Trinken

	Selbständig	Beaufsichtigung	Anleitung	Teilw. Unterstützung	Volle Übernahme
Essen					
Trinken					
Mundgerechte Zubereitung					

<u>Version:</u> 1	erstellt	geprüft / bearbeitet	freigegeben
Datum	10/2021	10/2021	10/2021
durch wen	Von Jagow, M.	von Jagow, M.	Günther, B.



Ernährungszustand

- Normal
- Adipös (übergewichtig)
- Kachektisch (untergewichtig)
- Exikkiert (ausgetrocknet)

Vorlieben: Getränke

Speisen

Abneigungen: Getränke

Speisen

Unverträglichkeiten / Allergien:

.....

Ausscheiden

Inkontinenz

Urin Hilfsmittel: tags

nachts

Stuhl Hilfsmittel: tags

Nachts

Psychosozialer Bereich

Stimmung

Kontakt

Rolle in der sozialen Umgebung

Bezugsperson

Wohnverhältnisse

Beruf (früher)

Interessen

Hobbies

Eigene Motivation zur Beschäftigung

pers. Glaubens- und Lebenseinstellung

Akzeptanz der eigenen Lebenssituation

Bemerkungen

.....

.....

.....

Version: 1	erstellt	geprüft / bearbeitet	freigegeben
Datum	10/2021	10/2021	10/2021
durch wen	Von Jagow, M.	von Jagow, M.	Günther, B.