

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geb.-Datum: _____ Adresse: _____

Pflegegrad: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Diagnosen		
Motorische Beeinträchtigungen:		
Frakturen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> alt	<input type="checkbox"/> aktuell:	
Wunden / Dekubitus: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> alt	<input type="checkbox"/> aktuell:	
<input type="checkbox"/> Zu- bzw. Ableitungen (z.B. DK, PEG):		
<input type="checkbox"/> Allergien:		
<input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten:		
<input type="checkbox"/> Suchtgefahr:		
<input type="checkbox"/> Besondere Risiken :		
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> Dementielle Erkrankung	<input type="checkbox"/> Typ Alzheimer	<input type="checkbox"/> Hinlauf -Tendenz
Ernährungssituation		
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> exsikiert <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden	Ein- und Ausfuhrkontrolle notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Vollwertkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> pürierte Kost	<input type="checkbox"/> kachektisch	
Empfohlene Flüssigkeitsmenge <i>ml / Tag</i>		
<input type="checkbox"/> Ödeme [wo]:		
Kontinent für Urin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kontinent für Stuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Impfungen		
Aktueller Impfstatus: <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig		
Datum Tetanus letzte Impfung:		
Liegen Anzeichen einer (aktiven) Lungentuberkulose vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

42_msw_K1.2_ZD02_a | 21.10.2020

Röntgenaufnahme (nicht älter als 6 Monate) vom:					
Kommunikationsvermögen					
Sprachvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt					
Hörvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt Hörgerät: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Sehvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt Brille: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Orientierungsvermögen					
zeitlich:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> keine	
örtlich:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> keine	
persönlich:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> keine	
situativ:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> keine	
Grad der Selbstständigkeit					
	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig	Bemerkungen
Grundpflege					
Haushalt besorgen					
An- und auskleiden					
Essen					
Im Bett aufsetzen					
Alleine gehen					
Treppen steigen					
Toilettengänge					

42_msw_K1.2_ZD02_a | 21.10.2020

Ort/ Datum **Unterschrift des Arztes/ der Ärztin** **Stempel**

Aktuelle Medikation

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ aktuelle Adresse: _____

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Bedarfsmedikation	Einzeldosis	Max in 24h	Bedarf besteht bei folgenden Symptomen

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

Datum

42_msw_K1.2_ZD02_a | 21.10.2020