

Name: Vorname: Geb.:

Selbstständigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen)	selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig	Fähigkeit ist (bitte zutreffendes ankreuzen)	Vorhanden unbeeinträchtigt	Größtenteils vorhanden	Im geringen Maße vorhanden	Nicht vorhanden
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Örtliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zeitliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen einer Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erinnern an wesentliche Ereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz von Inkontinenzmaterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstehen von Sachverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positionswechsel im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umsetzen in Stuhl oder Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mitteilen von Bedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundgesundheit/ Zahnersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Bekannte Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allergien/ Unverträglichkeiten:

.....

.....

Weglauffendenz/Unruhe nachts: geschlossene Unterbringung: Sturzgefährdung: Suizidgefährdung:

Ja Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein Nein

Suchtkrankheit Ja Nein

wenn ja, welche:

körperlich, geistig oder seelische Behinderung: Ja Nein

wenn ja, welche:

Dekubitus:

Nein Ja Grad..... Lokalisation:

