

**Stammdaten der Patientin / des Patienten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Gesetzl. Betreuer/in (Name / Tel.): \_\_\_\_\_  
 Konfession: ev.  kath.  Sonstige Religion: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt/-ärztin (Name / Tel.): \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

**Krankenhaus / Stempel**

Ansprechperson: \_\_\_\_\_  
 Telefonnr: \_\_\_\_\_  
 Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

Stationäre Behandlung vom ..... bis zum ..... (zuletzt) auf Station:

**Pflegerelevante Diagnosen**  
 (auch Allergien, Infektionskrankheiten u. multiresistente Keime)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bitte um Rücksprache  
 Ansprechperson s.o.**

**Soziale Aspekte**

Angehörige / Bezugsperson: (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Lebt in gemeins. Haushalt mit: \_\_\_\_\_  
 Lebt alleine  Betreutes Wohnen   
 Schlüssel hat: \_\_\_\_\_  
 Vorsorgevollmacht: ja  nein   
 Bevollmächtigt: \_\_\_\_\_  
 Patientenverfügung: ja  nein   
 Pflegegrad: nein  ja , welcher: \_\_\_\_\_ beantragt:

Hilfsmittel	Wohnung	beschafft	zu beschaffen
Rollator _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zur Medikation**

Medikamentenüberwachung   
 Medikamentenplan anbei   
 (zuletzt gegebene Medikation)

**Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten**

<b>Mobilität</b>	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	<b>Orientierung</b>	ja	zeitweise	nein
- Freies Gehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- zeitlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gebrauch v. Gehhilfen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- örtlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sitzen/Umsetzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- situativ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				- persönlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körperpflege</b>	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	<b>Ausscheidungen</b>	ja	zeitweise	nein
- Waschen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bad / Dusche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mundpflege .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- An- u. Auskleiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Ernährung</b>	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	- DK-Wechsel:	Silikon <input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nahrungsaufnahme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- letzter Stuhlgang: _____	Durchfall <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schluckstörungen .....	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- Dauer Durchfall/Obstip.: _____	Tage / Medikation: .....		
- Diät: .....	_____			.....			
- Sondenkost: .....	_____			Regelmässig NACHTS	Hilfe erforderlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Besonderheiten**

z.B. Sturzgefährdung  // Schmerzproblematik  // Dekubitusgefährdung  // Mitgabe eines Wundverlegungsberichtes

.....  
 Datum, Unterschrift

.....  
 Unterschrift Patient/in