

Stammdaten der Patientin / des Patienten

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

Pflegedienst / Stempel

Ansprechperson: _____
 Telefonnr: _____
 Erreichbarkeit: _____

Soziale Aspekte

Bezugsperson/en: (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:

Bisherige Medikation

s. Medikamentenplan zuletzt gegeben:

Allergien

Bereits bekannte Probleme

Sturzgefahr / Schmerzproblematik
 Dekubitus /-gefährdung Bericht anbei

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

Vorerkrankungen

Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten

Mobilität	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Orientierung	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"/>
Körperpflege	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidungen	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"/>				
Ernährung	selbst.	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidungen			
- Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- DK-Wechsel:	Silikon <input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/>	
- Schluckstörungen	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	- letzter Stuhlgang:	Durchfall <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>	
- Diät:	_____	_____	_____	-	_____	_____	_____
- Sondenkost:	_____	_____	_____	-	_____	_____	_____

Pflegeumfang (mit Häufigkeit)

Grundpflege _____ Hauswirtschaftl. Versorgung _____
 - _____ - _____
 - _____ **Besonderheiten** (Lagerung, ...) _____
 - _____ - _____
 Behandlungspflege _____ - _____
 - _____ - _____
 - _____ - _____

Hilfsmittel vorhanden mitgegeben

Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	
Lagerungsmatratze	<input type="checkbox"/>	
Nachtstuhl	<input type="checkbox"/>	
Brille/n / Hörgerät ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versorgungsnetz Gesundheit e.V., 2017

.....
Datum, Unterschrift

.....
Unterschrift Patient/in