

Stammdaten der Patientin / des Patienten

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____
 Adresse: _____
 Betreuer/in (Name / Tel.): _____
 Konfession: ev. kath. Sonstige Religion: _____
 Hausarzt/-ärztin (Name / Tel.): _____
 Krankenversicherung: _____
 SAPV ja nein Palliativarzt: _____
 Pall. Aufklärung erfolgt? ja nein Durch: _____

Pflegedienst / Stempel

Ansprechperson: _____
 Telefonnr: _____
 Flankierende Versorger (Haushaltshilfe, amb. Hospizdienst, Apotheke): _____

Soziale Aspekte

Bezugsperson/en: (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): _____

 Lebt in gemeins. Haushalt mit: _____
 Lebt alleine Betreutes Wohnen Schlüssel ist bei: _____
 Vorsorgevollmacht: ja nein Bevollmächtigt: _____
 Patientenverfügung: ja nein
 Pflegegrad: nein ja O, welcher: _____ beantragt:

Bisherige Medikation

s. Medikamentenplan **zuletzt gegeben:** _____

Allergien

Aktuelle Symptomatik/ Pflegeproblematik

Sturzgefahr Schmerzproblematik Dekubitus
 Dekubitusgefährdung (Hin-) Lauffähigkeit

Diagnosen / Vorerkrankungen

Krankheitsbewältigung: bewusste Copingstrategien
 unbewusste Abwehrmechanismen

Bitte um Rücksprache

Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten

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

Pflegeumfang (mit Häufigkeit)

Grundpflege

-

hauswirtschaftl. Versorgung

-

Behandlungspflege (z.B. Zugänge, PEG, SPK, spez. Ableitungen)

-

-

-

Hilfsmittel vorhanden mitgegeben beantragt

Rollator

Rollstuhl

Pflegebett

Spezialmatratze

Toilettenstuhl.....

Brille/n/ Hörgerät

Zahnprothese

Medizinische Besonderheiten, z.B. Pumpen

.....

.....
Datum, Unterschrift

.....
Unterschrift Patient/in