

<b>10. Kommunikation</b>			
Kommunikation eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:
<b>11. Orientierung</b>			Ja    Nein    Zeitweise
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitliche desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur eigenen Person desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. weitere benötigte Hilfsmittel</b>			
<input type="checkbox"/> Brille zum Sehen	<input type="checkbox"/> Lesebrille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehwagen / Rollator
<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Stützkorsett	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> sonstige:	
<b>13. Lagerungssituation</b>			
bettlägerig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wo:
Hautschäden / Wunden / Dekubiti	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wo:
Größe und Aussehen der Hautschäden / Wunden / Dekubiti			
<b>14. Besonderheiten</b>			
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	nächster Kontrolltermin:
neigt zum Zerstören	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>15. ärztliches Zeugnis über ansteckende Krankheiten</b>			
Gibt es bei o.g. Person Hinweise auf ansteckende Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Gibt es Hinweise auf ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane (§36 Infektionsschutzgesetz – IFSG) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Gibt es Hinweise auf eine chronische Hepatitis B u. / o. C, Infektion bzw. Besiedlung mit MRSA (Multiresistenter Staphylokokkus aureus) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>16. pflegebedürftige Diagnosen</b>			
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art:
geistig-seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art:
<b>17. aktuelle Medikation</b>			

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel