

	ja	nein	m. U.*		ja	nein	m. U.*
Bettlägerigkeit				Gefähigkeit			
Harninkontinent				Treppensteigen			
Stuhlinkontinent				Umgang m. Gehhilfen			
Dauerkatheter							

Auf Dauer benötigte Hilfe	ja	nein	m. U.*	Orientierung	ja	nein	zeitw.	KH-Aufenthalte der letzten 3 Jahre?
Körperpflege				persönlich				
Nahrungsaufnahme				zeitlich				
Mobilität				örtlich				
hauswirt. Versorgung				situativ				
Einschränkung ...	ja	nein		Unruhezustand ...	ja	nein		
... des Hörvermögens				... tagsüber				
... des Sehvermögens				... nachts				
... der Kommunikation				... ständig				

Behandlungspflege:	nein	ja	Operationen der letzten 3 Jahre:	nein	ja
wenn ja,			wenn ja,		
bitte			bitte		
beschreiben			aufzählen		

Sind freiheitseinschränkende Maßnahmen notwendig?	Weglaufgefährdet			nein	ja
	ja	nein	zeitw.	nein	ja
Bettgitter				nein	ja
Bauchgurt				nein	ja
?				nein	ja
?					

Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:

Unterschrift / Stempel:

Bearbeitet am: 02.08.2011	Geprüft am: 02.08.2011	Freigabe am: 03.08.2011	Revision 0, Stand 1108
Bearbeitet durch: PDL	Geprüft durch: HL	Freigabe durch: GF	Seite 2 von 2