

Name, Vorname:.....Geburtsdatum:.....

Aktuelle Größe:.....Gewicht:.....BMI:.....

Hauptdiagnosen:.....

Weitere Diagnosen und Symptome:.....

Suchtkrankheit ☐Nein ☐Ja, welche?.....

Ansteckende Krankheit ☐Nein ☐Ja, welche?.....

Multiresistente Keime ☐Nein ☐Ja, welche & wo?.....

.....

Allergien ☐Nein ☐Ja, welche?.....(Allergiepass)

Sprachstörung ☐Nein ☐Ja, welche?.....

Kontrakturen ☐Nein ☐Ja, welche Gelenke?.....

Dekubitus/chron. Wunden ☐Nein ☐Ja, welche, wo?.....

Inkontinenz ☐Nein ☐Ja, Hilfsmittel?.....

Schmerzpatient ☐Nein ☐Ja, Lokalisation und Therapie?.....

➔ Bei Ja, bitte entsprechende Verordnungen beilegen.

➔ Aktuelle Medikation: Bitte eine separate Verordnung beifügen und aktuellen Medikamentenplan

Gefahr der Mangelernährung ☐Nein ☐Ja, Maßnahmen?.....

Gefahr der Dehydration ☐Nein ☐Ja, Maßnahmen?.....

Schluckstörung ☐Nein ☐Ja, Maßnahmen?.....

Besondere Ernährung erforderlich ☐Nein ☐Ja, welche?.....

Besonderheiten(Zutreffendes bitte ankreuzen):

Unruhe ☐ tags / ☐ nachts ☐ ausgeprägtes Laufbedürfnis

Liegen Orientierungsprobleme zur Person/zeitlich/örtlich vor, wenn ja welche?

.....

Werden weitere Hilfsmittel benötigt, wie z.B. Gehhilfen, wenn ja, welche?

.....

Letzte Tetanusimpfung am

Letzte Gripeschutzimpfung am

Datum / Unterschrift des Arztes:.....