

Patient

Nachname, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

Gehen:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Treppen steigen:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Essen:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Waschen:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Ankleiden:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Frisieren:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Rasieren:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zu Bett gehen:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Aufstehen (Bett):	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Toilettengang:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd

Ist der/die Patient/in desorientiert?

zeitlich:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
örtlich:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
persönlich:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
situativ:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd

Treten nachts Unruhezustände auf?

nein gelegentlich häufig dauernd

Ist der/die Patient/in bettlägerig?

nein gelegentlich häufig dauernd

Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Harninkontinenz:	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Stressinkontinenz	Dranginkontinenz	Reflexinkontinenz		
Überlaufinkontinenz	extraurethale Inkontinenz			

Liegen Informationen vor

COVID 19:	ja	nein	Sonstiges:	ja	nein
MRSA:	ja	nein	Wenn ja, welche?:		
VRE:	ja	nein			
MRGN:	ja	nein			

Liegt eine Suchtkrankheit vor?

ja nein

Wenn ja, welche?:

Wie ist die Gemütsstimmung? (seelische Verfassung)

Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?

ja nein

COVID 19 Impfung?

ja nein

Wenn ja, liegt ein Nachweis vor? ja nein

Liegen Informationen zu Schmerzen vor?

ja nein

Wenn ja, wo und welche?: (Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose)

Diagnose:

Medikamentenplan: (bitte beilegen)

Katheterträger/in?

ja nein

Wenn ja, welche Art?:

Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Arzt