

Vor- und Zuname:	geborene:
------------------	-----------

Geburtsdatum:

<b>Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim</b>	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

<b>Ist der/die Patient/in</b>	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

<b>Liegt Inkontinenz vor?</b>	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd						
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(wenn ja, in welcher Form?)	<input type="checkbox"/>	Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethale Inkontinenz

**Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung?)**

**Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche?)**

**Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welche Art?)**

**Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art?)**

**Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen); Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor? (ja/nein?)**

Diagnose:

Welche Medikamente  
müssen verabreicht  
werden?

Liegen Informationen ja , nämlich:  
zu MRSA vor?

nein

Ist Diät/Schonkost  
erforderlich?  
(wenn ja, welcher Art?)

Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen  
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Dok. Nr.	Datum	Erstellt	Version	Geprüft	Freigabe	Geltungsbereich	Seite 2 von 2
U 3.1.2.2	08.01.2019	QMB	1	Einrichtungsleitung	QMB	Stationäre Pflege	