

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

Geburtsdatum:

Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim	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"/>					

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

Liegt Inkontinenz vor?	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"/>	Stress-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Drang-inkontinenz	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Reflex-inkontinenz	<input type="checkbox"/>
				Überlauf-inkontinenz	<input type="checkbox"/>
				extraurethale Inkontinenz	<input type="checkbox"/>

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?)**

Diagnosen:

Welche Medikamente
müssen verabreicht
werden?

Liegen Impfungen zu Covid 19 vor? ja - 1. Impfung am: _____ 2. Impfung am: _____ Booster zuletzt am: _____
nein

Liegen Informationen zu MRSA vor? ja , nämlich:
nein

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

Körpergröße:

Gewicht:

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 3.2.3.4	03.12.2021	QMB	4	Pflegedienstleitung	QMB	Stationäre Pflege	