

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Gesundheitszustand von Herrn/Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort, Straße

1. Körperlicher Befund (körperliche Konstitution):

2. Allgemeinzustand (in bezug auf Ernährung, Kräfte, Hilfebedürftigkeit):

3. Nervensystem /funktionelle Einbußen:

4. Innere Organe:

5. Vegetative Funktionen:

6. Bewegungsapparat (funktionelle Beeinträchtigungen):

7. Psychischer Befund (Stimmungslage, Intellekt, Verhalten):

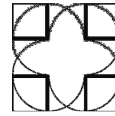
8. Der/die Patient/in ist desorientiert:

persönlich

zeitlich

örtlich

nein



Allgemeine Angaben (Zutreffendes bitte ankreuzen, sofern bekannt)

Hilfe zur körperlichen Pflege notwendig beim

	ja	nein
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen, Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen Orthopädischer Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberhalten wegen Blasen- und Mastdarmschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern zur Nachtruhe und besondere Aufsicht über Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfe zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben notwendig, weil Patient/in

völlig bettlägerig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht allein gehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr beschwerlich geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Rollstuhl benutzen muß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich nur in einer Gemeinschaft sinnvoll beschäftigen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwer hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlecht sieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben

Körpergewicht ca. _____ **kg**

An Hilfsmitteln werden z.Z. benutzt (Körperersatzstücke z.B. Suspensorien, Colostomiebeutel, Bruchbänder):

Besondere Erfordernisse (z.B. Diät):

Eine laufende ärztliche und medikamentöse Behandlung ist
 erforderlich (ggf. welche? – z.B. Verbandwechsel, Wundversorgung)

nicht erforderlich

Ist der Patient frei von ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atmungsorgane?

ja nein

Datum

Unterschrift, Stempel