

Revision	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Seite/n
00 / 2017-01-25	Alexandra Friedrich (BLQ)	Alexandra Friedrich (BLQ)	Alexandra Friedrich (BLQ)	1 von 2

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

1. Diagnosen / Allergien / Unverträglichkeiten

Bestehen Suchterkrankungen?

- Alkohol Nikotin Drogen Medikamente → Art _____
 Spiel Computer Sonstige → Art _____
 Substitution → Art _____

Bestehen ansteckende Erkrankungen?

- MRSA TBC Hepatitis Magen/Darm → Art _____
 Sonstige → Art _____

Orientierung vorhanden?

	Immer	Zeitweise	Nein		Immer	Zeitweise	Nein
Zeit				Person			
Raum/Ort				Situation			

Unruhezustände?

	Immer	Zeitweise	Nein
Verbal			
motorisch			

Bestehen Risiken bezüglich):

- Dekubitus Kontrakturen Pneumonie Intertrigo Soor/Parotitis
 Exsikkose Kachexie Sturz Eigengefährdung Fremdgefährdung

Aktuell vorhanden/notwendig?

- Wundstelle** Lokalisation und Art: _____
 Kontraktur Lokalisation: _____
 Harninkontinenz → Transu. DK supra. DK CH____ Izt. Wechsel am: _____
 Stuhlinkontinenz → Anus prater
 Dialyse **Logotherapie** **Physiotherapie** **Ergotherapie** **Schmerztherapie**
 O²-Versorgung **Beatmung** **Tracheotomie**

Revision	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Seite/n
00 / 2017-01-25	Alexandra Friedrich (BLQ)	Alexandra Friedrich (BLQ)	Alexandra Friedrich (BLQ)	2 von 2

2. Medikamente

Regelmedikation	Morgens	Vorm.	Mittags	Nachm.	Abends	Nachts	Bemerkung
Bedarfsmedikation	Bedarfssituation	Einzel-dosis	Maximal./ 24h	Bemerkung			
Sonstige Anordnungen				Zeitpunkt	Bemerkung		

3. Hilfebedarf und Hilfsmittel

Hilfebedarf	Möglich	Zeitweise möglich	Nicht möglich	Hilfsmittel	Nicht Notwendig	Zeitweise notwendig	Dauernd notwendig
Gehen				Rollstuhl			
Aufstehen /Zubettgehen				Rollator			
Treppen steigen				Gehstock			
Essen				WC-Stuhl			
Trinken				Ernährungspumpe			
An-/Auskleiden				Antidekubitusmatratze			
Körperpflege				O ² Konzentrator			
Toilettengang				Beatmungsgerät			
Mobilisation							

4. Kostform

- Vollkost Diät Art: _____ passiert
 Sondenkost
 → Produkt: _____ Menge/24h: _____
 → Flüssigkeit: _____ Menge/24h : _____

Stempel, Datum, Unterschrift des Arztes
