

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen "X", ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben. Bei Platzmangel bitte Ausführungen auf einem Extrablatt vermerken!

1. **Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_ **Pflegegrad:** \_\_\_\_\_

2. **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

3. **Aufnahme:**  Pflegeheim  Junge Pflege  
 offene gerontopsychiatrische Wohngruppe  
 beschützende gerontopsychiatrische Wohngruppe

4. **Ist der Patient gehfähig?**  Ja  Nein  Teilweise

5. **Ist Treppensteigen möglich?**  Ja  Nein  Teilweise

6. **Ist der Patient häufig bettlägerig?**  Ja  Nein  Teilweise

7. **Immer bettlägerig?**  Ja  Nein  Teilweise

8. **Beherrschung des Stuhlgangs?**  Ja  Nein  Teilweise

9. **Beherrschung des Urinabgangs?**  Ja  Nein  Teilweise

10. **Fremder Hilfe bedürftig bei:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Essen                           | <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden         | <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren   |
| <input type="checkbox"/> Waschen                         | <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> Lagern zur Nachtruhe |
| <input type="checkbox"/> Aufsuchen/Benutzen der Toilette |   | <input type="checkbox"/> bei _____            |

11. **Örtlich orientiert?**  Ja  Nein  Nicht immer

12. **Zeitlich orientiert?**  Ja  Nein  Nicht immer

13. **Situativ orientiert?**  Ja  Nein  Nicht immer

14. **Zur Person orientiert?**  Ja  Nein  Nicht immer

15. **Nachts ruhig?**  Ja  Nein  Nicht immer

16. **Hinlauftendenzen?**  Ja  Nein  Nicht immer

17. **Zeigt der Patient ein herausforderndes Verhalten?**

Nein

Ja, wie zeigt sich das herausfordernde Verhalten:

---

---

18. **Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art:**

---

---

---

19. **Körperliche Behinderung/en – Art:**

---

---

---

20. **Diagnosen:**

---

---

---

---

21. **Suchtkrankheiten**  Nein

Ja, welche \_\_\_\_\_

**22. Pflegebesonderheiten:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sauerstoff        | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig      | <input type="checkbox"/> Nierenfistel                     |
| <input type="checkbox"/> Portkatheter      | <input type="checkbox"/> Dialysepflichtig      | <input type="checkbox"/> Anus Praeter                     |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung | <input type="checkbox"/> transurethraler<br>Dauerkatheter |

**23. Wunden vorhanden**

- Nein**  
 **Ja**       chronisch       akut

Wundlokation: \_\_\_\_\_

**24. Ist der Patient frei von meldepflichtigen/ansteckenden Krankheiten** (gem. §36 Abs. 4 IfSG, z.B. Hepatitis, TBC, MRSA, COVID-19)?     Ja       Nein

Welche liegen vor: \_\_\_\_\_

**25. Liegt ein vollständiger Impfschutz COVID19 oder Genesenenstatus vor?** (Bei „Nein“, weiter mit Frage 26)

- Nein**  
 **Ja**

Anzahl erhaltener Impfungen: \_\_\_\_\_      Letzte Impfung erhalten am: \_\_\_\_\_  
oder Positiver PCR-Test vom: \_\_\_\_\_

**26. Letzter Befund eines SARS-CoV-2-PCR Test vom:** \_\_\_\_\_ (Datum)     Positiv     Negativ

**27. Symptome in den letzten 48 Stunden vorhanden, die mit einer Infektion vereinbar sind?**

- Ja, welche: \_\_\_\_\_       Nein

**28. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Krankenhauses/Arztes