

Erhebung Patientenzustand

Bitte füllen Sie dieses Erhebungsblatt aus und senden Sie es so bald als möglich an uns zurück. Besten Dank!

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Mobilität	Fähigkeit sich zu bewegen	<input type="checkbox"/> bettlägerig bzw. Bettruhe	<input type="checkbox"/> geht allein, aber wenig		
	Fähigkeit die Körperposition zu wechseln	<input type="checkbox"/> Hilfe b. Aufsitzen/Gehen <input type="checkbox"/> vollständig immobil <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> geht regelmässig <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> kann Position verändern		
Ernährung	Fähigkeit Nahrung/ Flüssigkeit aufzunehmen	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung <input type="checkbox"/> selbstständig		
	Sondenkost	<input type="checkbox"/> Art:			
	Kostform	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Diät (welche)		
Ausscheidung	Fähigkeit die Urinausscheidung durchzuführen	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung <input type="checkbox"/> selbstständig		
	Fähigkeit die Stuhlausscheidung durchzuführen	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung <input type="checkbox"/> selbstständig		
	Kontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz		
Körperpflege	Fähigkeit die Körperpflege durchzuführen	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung <input type="checkbox"/> selbstständig		
	Fähigkeit sich an - und auszuziehen	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung <input type="checkbox"/> selbstständig		
Zu-/Ableitungssysteme		Art	seit	VW	s/s
	<input type="checkbox"/> venöse Zugänge				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Drainage				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ernährungs-/Magensonde				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Urinableitungssystem				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Stuhlableitungssystem				<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	Kanülename/Grösse			
<input type="checkbox"/> Andere					<input type="checkbox"/>
Haut	Dekubitus	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wunddokumentation	Lokalisation/Grad:		
	Hautveränderungen/Wunden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wunddokumentation	Lokalisation/Art:		
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> agitiert				
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> gelegentlich desorientiert <input type="checkbox"/> orientiert				
unterstützende Dienste	<input type="checkbox"/> Sozialberatung <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung				
Mitgebrachte Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Gehhilfen <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Zahnprothese				
Medikamente	<input type="checkbox"/> Cytostatika <input type="checkbox"/> HIV-Medikamente <input type="checkbox"/> Tysabri® <input type="checkbox"/> _____				
Besonderheiten:					

Ort / Datum _____

Unterschrift _____