



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zurzeit (Spital/Heim): \_\_\_\_\_

Festeintritt:

Ferien / Kurzaufenthalt (laut KK max. 56 Tage):

Weitere Heimanmeldungen:

Wo: \_\_\_\_\_

Triage:  selbständig

pflegebedürftig

hilfsbedürftig

schwer pflegeabhängig

Psychiatriepatient

Einweisungsgrund: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

(inkl. Allergien etc.) \_\_\_\_\_

Bestehen ansteckende Krankheiten?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Aktuelle Therapien: \_\_\_\_\_

(z.B. Physiotherapie) \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Reserve-Medikamente: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**ART UND GRAD DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT**

**Physischer Zustand**

- Sehschärfe beeinträchtigt
  - mässig
  - stark
- Gehör beeinträchtigt
  - links       rechts
  - leicht       schwer
- Sprachstörungen
  - Dyphasie
  - Dysarthrie
  - Hilfsmittel \_\_\_\_\_
- Nahrungssonde
- Diät nötig:
  - püriert
  - Diabetiker
  - salzarm
  - andere \_\_\_\_\_
- Decubitus
- Urininkontinenz
  - Dauerkatheter
- Stuhlinkontinenz
  - Stoma
- Toxicomanie
  - Nikotin
  - Alkohol
  - Drogen
  - Medikamente

**Psychischer Zustand**

- normal
- reduziert
  - Umwelt-Kontakt normal
  - Umwelt-Kontakt gestört
  - desorientiert und verwirrt

**Verhalten**

- ruhig
- stark verwirrt und unruhig
- charakterlich schwierig

**Motorische Fähigkeiten**

- | selbständig              | nur mit Hilfe anderer                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Treppen/öffentl. Verkehrsmittel benutzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Stock                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Krücken                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Böckli / Rollator                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Prothese                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gehgerät                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rollstuhlpatient                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zubettgehen und Aufstehen                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> tägl. Körperhygiene, sich Waschen        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> WC benützen                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten einnehmen                     |

**Dauernd bettlägerig:**     ja       nein

**Weitere wichtige Informationen:**

- Gibt oder gab es:
- |                                                   |                                                               |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suizidversuche           | <input type="checkbox"/> anderes selbstgefährdendes Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Abhängigkeitskrankheiten | wenn ja, welches _____                                        |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit          | <input type="checkbox"/> sexuelle Übergriffe _____            |
| <input type="checkbox"/> Pädophilie               | <input type="checkbox"/> andere Problemkreise _____           |

Körpergrösse: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_

Letzter Spitalaufenthalt    von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen und Ergänzungen:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Telefon/  
Unterschrift des untersuchenden Arztes: \_\_\_\_\_