



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 wenn ja, welches _____ |
| <input type="checkbox"/> Abhängigkeitskrankheiten | <input type="checkbox"/> sexuelle Übergriffe _____ |
| <input type="checkbox"/> Gewalttätigkeit | <input type="checkbox"/> andere Problemkreise _____ |
| <input type="checkbox"/> Pädophilie | |

Körpergrösse: _____ cm Gewicht: _____

Letzter Spitalaufenthalt von: _____ bis: _____ wo: _____

Bemerkungen und Ergänzungen: _____

Hausarzt: _____

Ort / Datum: _____

Stempel/Telefon/
Unterschrift des untersuchenden Arztes: _____