

PERSONALIEN

Name		Vorname	
Adresse		PLZ / Ort	
z.Zt. Spital		Spital seit	

HAUPTDIAGNOSEN

WEITERE DIAGNOSEN UND SYMPTOME

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desorientiertheit | <input type="checkbox"/> zeitlich | <input type="checkbox"/> örtlich |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> tags | <input type="checkbox"/> nachts |
| <input type="checkbox"/> Weglaufgefahr | | |
| <input type="checkbox"/> Demenz | | |
| <input type="checkbox"/> Sehschwäche | <input type="checkbox"/> Blindheit | |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Taubheit | |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegie | <input type="checkbox"/> Hemiparese | <input type="checkbox"/> Paraplegie |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | | |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig | |
| <input type="checkbox"/> Urin – Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhl – Inkontinenz | |
| <input type="checkbox"/> Depression | | |
| <input type="checkbox"/> Psychisch stabil | | |

MEDIKAMENTE

	MO	MI	AB	NA

PROGNOSE

ALLERGIEN / ESSENSUNVERTRÄGLICHKEITEN

Diät

MOBILITÄT / HILFSMITTEL

- Fortbewegung o. Hilfsmittel
 Gehstock
 Rollator
 Rollstuhl - muss geschoben werden
 Rollstuhl – selbstständig

ERGÄNZENDE BEMERKUNGEN

STEMPEL UND UNTERSCHRIFT ARZT / ÄRZTIN

Ort, Datum:	