

Kognitive Fähigkeiten/ Kommunikation	vorhanden	teilweise vorhanden	nicht vorhanden
Verbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-Verbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachliche Barriere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitgedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langzeitgedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Keine	Selten	Häufig
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weg- und Hinlauff Tendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitliche Problemlagen	ja	nein
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz <input type="checkbox"/> <i>Urin</i> <input type="checkbox"/> <i>Stuhl</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transurethraler Dauerkatheter Größe: <i>letzter Wechsel:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter Größe: <i>letzter Wechsel:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma <input type="checkbox"/> <i>Urin</i> <input type="checkbox"/> <i>Stuhl</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG <i>seit:</i> Sondennahrung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetiker <input type="checkbox"/> <i>insulinpflichtig</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Port seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shunt <input type="checkbox"/> re Arm <input type="checkbox"/> li Arm seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen: <input type="checkbox"/> BTM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse Häufigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beatmung <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien <input type="checkbox"/> ja (bitte näher bezeichnen) <input type="checkbox"/> nein		
Prothesen <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputationen <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiheitseinschränkende Maßnahmen <i>Wenn ja welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung, z.B. OP- Naht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbseitenlähmung <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
Dekubitus Wenn ja wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Sturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheiten <i>Wenn ja welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewusstseinsstörung <input type="checkbox"/> ja (bitte näher bezeichnen) <input type="checkbox"/> nein		

Hilfsmittel	kein Bedarf	vorhanden	wird benötigt
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgeräte <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn(teil)prothesen <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

