

Altenheim St. Elisabeth

♦ Welkenrather Straße 69-71 52074

♦ Aachen Tel. 0241 / 87918-0 Fax: - 650

Personalien:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
Größe	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>

Diagnosen:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Medikation:

Name des Medikaments	Dosierung				
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (Stuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Liegt eine Inkontinenz vor:

	Ja	Nein
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in:

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	treten nachts Unruhezustände auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Bestehen ansteckende Krankheiten lt. Infektionsschutzgesetz:

Frei von ESBL	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Frei von MRAB	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Frei von ORSA	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Frei von MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frei von TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Letzter Covid-Test	<input type="text" value="Datum"/>			<input type="text" value="Ergebnis"/>				

Bestehen Hauterkrankungen:

Ja Nein

Besteht ein Dekubitus:

Ja Nein

Liegen Informationen zu Schmerzen vor: (Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose)

Wie ist die Gemütsstimmung: (seelische Verfassung)

Liegen psychische Störungen vor:

Ja Nein

Besteht eine Suchterkrankung:

Ja Nein

Hinweise, Bemerkungen: