

Körperpflege	selbständig	hilfsbedürftig
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper
Waschen	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege / Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährung	selbständig	hilfsbedürftig
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikobereiche	<input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Magensonde andere:	

Ausscheidung	selbständig	hilfsbedürftig
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikobereiche	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Obstipation	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Zystofix <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> sonst.:	

Kommunikation	
Sprache	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> mögl. Sprachen: <input type="checkbox"/> Aphasie
sehen	<input type="checkbox"/> Blindheit
hören	<input type="checkbox"/> Taubheit

Sonstige Auffälligkeiten	
<input type="checkbox"/> Wunden	Lokalisation:
<input type="checkbox"/> Schmerzen	Lokalisation:
<input type="checkbox"/> Atmung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe erforderlich Lieferfirma: <input type="checkbox"/> Tracheostoma
<input type="checkbox"/> Allergien	welche:

Weitere Anmerkungen
Kontaktdaten für Rückfragen:

Datum, Unterschrift Arzt / Pflege