

# SENIORENRESIDENZ ZUM TIERGARTEN

<b>10. Kommunikation</b>					
Kommunikation eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:		
<b>11. Orientierung</b>			Ja	Nein	Zeitweise
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitliche desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur eigenen Person desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. weitere benötigte Hilfsmittel</b>					
<input type="checkbox"/> Brille zum Sehen	<input type="checkbox"/> Lesebrille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Hörgerät		
<input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze		
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehwagen / Rollator		
<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Stützkorsett	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang		
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> sonstige:			
<b>13. Lagerungssituation</b>					
bettlägerig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise		
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wo:		
Hautschäden / Wunden / Dekubiti	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wo:		
Größe und Aussehen der Hautschäden / Wunden / Dekubiti					
<b>14. Besonderheiten</b>					
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:		
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:		
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:		
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie:		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	nächster Kontrolltermin:		
neigt zum Zerstören	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
<b>15. ärztliches Zeugnis über ansteckende Krankheiten</b>					
Gibt es bei o.g. Person Hinweise auf ansteckende Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Gibt es Hinweise auf ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane (§36 Infektionsschutzgesetz – IFSG) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Gibt es Hinweise auf eine chronische Hepatitis B u. / o. C, Infektion bzw. Besiedlung mit MRSA (Multiresistenter Staphylokokkus aureus) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
<b>16. pflegebedürftige Diagnosen</b>					
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art:		
geistig-seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art:		
<b>17. aktuelle Medikation</b>					

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel

Vielen Dank für Ihre Angaben!