

## 1 Angaben zur Person des zukünftigen Bewohners

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
PLZ	Ort	Straße	Nummer

## 2 Anamnese, Befunde, Diagnosen

---

---

---

---

Gibt es Allergien/Unverträglichkeiten? Muss eine bestimmte Diät eingehalten werden?

---

---

## 3 Ist eine Suchterkrankung bekannt?

nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

4 Die letzte Tetanusimpfung war am: \_\_\_\_\_

5 Sonstige Impfung (beispielsweise Gripeschutz, Hepatitis A oder B usw.):

---

---

## 6 Infektionsstatus

Folgender Erreger wurde nachgewiesen: \_\_\_\_\_

Erregernachweis am: \_\_\_\_\_ letzter positiver Befund am: \_\_\_\_\_

Spezielle Resistenzen oder Multiresistenzen zu dem oben genannten Erreger:

nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

Lokalisation des Erregers: \_\_\_\_\_

Sind Sanierungsmaßnahmen erforderlich?     nein                       ja

Die Sanierung wurde durchgeführt:             mit Erfolg                       ohne Erfolg

**Durchzuführende Maßnahmen bitte ankreuzen:**

**Bei Betreten des Zimmers:**

- Mund- und Nasenschutz    Schutzkittel    Schutzhandschuhe

**Bei bewohnernahen Tätigkeiten:**

- Mund- und Nasenschutz    Schutzkittel    Schutzhandschuhe

**7 Pflegebedürftigkeit**

**7.1 Der zukünftige Bewohner bedarf fremder Hilfe im Ablauf des täglichen Lebens**

	vorübergehend	dauernd	nein
• beim Aufstehen aus dem Bett / vom Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Gehen / Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei der täglichen Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Anlegen orthopädischer oder anderer Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Verlassen des Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• beim Vorbereiten des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• FEM empfohlen Art:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7.2 Der zukünftige Bewohner ist**

• nächtlich unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• urininkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• personell desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bettlägrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8 Medikamente**

Medikament / Injektionen / Salben	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Bitte aktuellen Medikamentenplan anhängen !!!				

**9 Hilfsmittelsituation**

---



---

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_