

Persönliche Angaben des Patienten	
Name/Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum/Ort	

Ärztliche Diagnosen (<i>alternativ Diagnoseausdruck mit ICD-Nummern beifügen</i>)	
Diagnose	ICD

Sonstige Beobachtungen & Notwendigkeiten	
Ist Diät oder Schonkost erforderlich? (Welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Besteht eine Suchterkrankung? (Welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Liegen körperliche Behinderungen und/ oder Kontrakturen vor? (Welcher Art?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Wie ist die seelische Verfassung des Patienten/ der Patientin? Liegen psychische Störungen /herausforderndes Verhalten vor? (welcher Art?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Allergien	
Sind Allergien bekannt? (Welche?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:

Liegt eine Inkontinenz vor?				
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Form?	<input type="checkbox"/> Stressinkontinenz <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz <input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz		<input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz	
<i>Wenn erforderlich: Inkontinenzbescheinigung nach § 43 SGB XI</i>				

Name/Vorname:	
Ansteckende Krankheiten	
Ist der Patient frei von ansteckenden und/oder meldepflichtigen Erkrankungen? (TBC, Hepatitis, ORSA, MRSA etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein:
<i>Ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz ist erforderlich</i>	

Medikamente (<i>alternativ Medikamenteneinnahmeplan beifügen</i>)				
Medikament:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bedarfsmedikamente mit Indikation & Dosierung				
Medikament:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Injektion				
Medikament:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Verordnungspflichtige Behandlungspflege nach SGB V				
Katheterisierung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Art:		Charrière:		Wechselintervall
Stomaversorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Art:		Versorgung:		Wechselintervall
Wundversorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Lokalisation		Art:		Wechselintervall
Versorgung:				
PEG	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

Fachärzte	
1.	Fachrichtung:
2.	Fachrichtung:

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel des Arztes

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!