

**Bitte ausgefüllt mit Stempel und  
ärztlicher Unterschrift an uns zurück. Vielen Dank!**

Name:

Vorname:

Geboren am:

**Diagnosen und aktueller Medikamentenplan mit ärztlicher Unterschrift bitte als Anlage**

**Ansteckende Krankheiten / MRE:**

- Nein**    **Ja**, folgende:    TBC    Hepatitis \_\_\_\_    HIV    Coronavirus    3MRGN  
 4MRGN    MRSA    VRE    Clostridioides difficile    \_\_\_\_\_

**Adipositas:**    Nein    Ja    Grad III, höher als 40 BMI                      **Kachexie:**    Nein    Ja

**Allergien/Unverträglichkeiten:**    Nein    Ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Verhaltensauffälligkeiten:**    Nein    Ja, folgende    Weg-/ Hinlauff Tendenz    nächtl. Unruhe  
 geistig- seelische Störung/ Behinderung                       sonstige: \_\_\_\_\_

**Orientierung vorhanden:**    Ja    Nein, Einschränkungen zur  
 Person    Zeit    Ort    Situation

**Inkontinenz:**    Nein    Ja, folgende:                       Harn    Stuhl

**Sauerstoffgabe:**    Nein    Ja, mit folgendem Hilfsmittel \_\_\_\_\_

**Kontrakturen:**    Nein    Ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Amputation:**    Nein    Ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel:**

- Gehstock    Rollator    Rollstuhl    Antidekubitus-Matratze    \_\_\_\_\_

**Liegen akute oder chronische Wunden vor:**    Nein    Ja

Wundart: \_\_\_\_\_                      Lokalisation: \_\_\_\_\_

**Liegen körpernahe Anlagen vor**

- Nein    Ja, folgende:  
 PEG    Tracheostoma    Enterostoma  
 Port    Herzschrittmacher  
 Suprapubischer Dauerkatheter  
 Transurethraler Dauerkatheter  
 sonstige \_\_\_\_\_

Datum/Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin