**Persönliche Daten**

**Name: ** **Vorname: **

**Anschrift: **

Geburtsdatum:       Größe:       Gewicht:

Hauptdiagnosen, ausfüllen oder ausgedruckt beifügen













Diabetes mellitus  ja  nein

Allergien/Unverträglichkeiten  ja  nein

Wenn ja, welche: 





Suchterkrankungen  Rauchen  Alkohol  Drogen  Medikamente

Ansteckende Erkrankungen (Bescheinigung nach gesetzlichen Bestimmungen)

TBC  HIV  MRSA  3 MRGN

4 MRGN  Hepatitis A,B,C  andere Keime, welche:



Mobilität / Bewegung

Selbständig  Rollator  Rollstuhl  erhöhte Sturzgefahr

Kognitivität / Psychosomatik

Orientiert ja  nein

Demenz ja  nein

Teilweise orientiert ja  nein

Orientierungsstörung (keine Demenz) ja  nein

Hinlauftendenz, Weglauftendenz ja  nein

Unruhezustände ja  nein

Halluzination, Wahnzustände ja  nein

Depression ja  nein

Suizidgefahr ja  nein

Fremdgefährdung, Eigengefährdung ja  nein

Gerontopsychiatrische Abteilung empfohlen ja  nein

Ausscheidung

b

Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz  Anus Praeter

Transurethraler DK  Suprapubischer DK

Besonderheiten

Trachealkanüle  Herzschrittmacher  Insulinpumpe

Magensonde  Oxymat  Port

Herzschrittmacher  ZVK  Dialyse

Prothesen  Welche: 

Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan anbei.

Bitte senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt per Fax zurück:

040 60601 129

Ihr Ansprechpartner:

........................................................................................................Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes