**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