



## 1. Angaben zur Person

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

## 2. Diagnosen (bitte unbedingt alle bekannten Diagnosen angeben)

- Diabetes Mellitus    Herzinsuffizienz    Angina Pectoris    Hypertonie    Morbus Parkinson  
 Arthrose    Z. n. Apoplexie    Polyneuropathien    Multiple Sklerose    rezidivierende TIA  
 Z. n. Herzinfarkt    Cerebralsklerose

### Weitere Diagnosen

\_\_\_\_\_  
Zustand nach Sturz, mit Folgediagnosen

\_\_\_\_\_  
Magen-Darm-Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
Lebererkrankungen

\_\_\_\_\_  
Nierenerkrankungen

\_\_\_\_\_  
Allergien

\_\_\_\_\_  
Sonstige Diagnosen

## 3. Liegt eine gerontopsychiatrische oder psychische Erkrankung vor

- nein    vaskuläre Demenz    Morbus Alzheimer    Depression

sonstige, welche \_\_\_\_\_

**Ist der Patient nach Einschätzung des Arztes geschäftsfähig**    ja    nein

**Besteht Weglauftendenz**    ja    nein

**Körperliche Aggressivität**    ja    nein

## 4. Suchterkrankungen

nein    ja, welche \_\_\_\_\_

## 5. Chronische Schmerzen

nein    ja, wo \_\_\_\_\_

## 6. Infektionserkrankungen

- |                       |                             |                               |                 |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Lungentuberkulose     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hepatitis A/E   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Clostridium difficile | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hepatitis B/C/D | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| MRSA                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | CJK / vCJK      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Noro Viren            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | HIV             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Salmonellen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Sonstige        | _____                       |                               |

## 7. Ernährungszustand

- normalgewichtig     kachektisch     adipös     exsikkiert

## 8. Kostformen

- Normalkost     Diabetesdiät     Sondennahrung     Flüssigkeitsbegrenzung

- sonstige, welche \_\_\_\_\_

## 9. Körperliche Behinderung

- nein     Hemiparese li.     Hemiparese re.     Schluckstörung     Sprachstörung

- sonstige, welche \_\_\_\_\_

## 10. Besondere medizinische Hilfsmittel

- Nasale Ernährungssonde     PEG     Transurethraler Katheter     Suprapubischer Katheter

- Stoma     Tracheostoma     sonstige, welche \_\_\_\_\_

## 11. Medikation

Medikament	Dosierung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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