Name des/der Patienten/in:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Anschrift:	
Pflegestufe:	Pflegestufe beantragt:

Diagnosen:

_____

_____

_____

Eine Diät ist notwendig: ○ ja ○ nein BE: _____

Flüssigkeitseinschränkung: ○ ja ○ nein Wieviel: _____

Art und Umfang der erforderlichen Hilfen:

_____

_____

_____

Hinweise auf auffälliges Verhalten/Unruhezustände usw.:

_____

Besteht eine Suchtproblematik: ○ ja ○ nein Welche: _____

Orientierungsvermögen:

Räumlich	O ja	O nein
Zeitlich	O ja	O nein
Zur Situation	O ja	O nein
Zur Person	O ja	O nein
Weglauftendenz	O ja	O nein

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten: ○ ja ○ nein

_____ _____

Datum, Ort Unterschift des Arztes/der Ärztin