

[illegible]

Verlegung / Aufnahme möglich ab:	
Datum der Anmeldung:	
Derzeitiger Aufenthaltsort:	
Ansprechpartner für Rückfragen: Telefonnummer:	
Einweisender Arzt mit Tel.:	

**Bitte
immer
ausfüllen**

Ermittlung des aktuellen Selbsthilfestatus:

Essen:

- ☐ Komplette selbstständig
☐ Mit Vorbereitung allein
☐ Komplette Übernahme
☐ PEG-Versorgung ☐ Schluckstörung

Aufsetzen und Umsetzen:

- ☐ Komplette selbstständig
☐ Unter Aufsicht mit geringer Hilfe
☐ Erhebliche Hilfe /kein freies Sitzen
☐ Wird nicht aus dem Bett mobilisiert

Sich waschen:

- ☐ Komplette selbstständig
☐ Versorgung mit Teilwäsche
☐ Überwachung/Anleitung nötig
☐ Komplette Übernahme nötig

Toilettenbenutzung:

- ☐ Komplette selbstständig
☐ Vor Ort Hilfe/Aufsicht erforderlich
☐ Benutzt weder Toilette noch –Stuhl

Harnkontinenz:

- ☐ Harnkontinent
☐ Zeitweise harninkontinent
☐ Harninkontinent
☐ DK-Versorgung

Stuhlgang:

- ☐ Stuhlkontinent
☐ Zeitweise stuhlinkontinent
☐ Stuhlinkontinent
☐ Benötigt Abführmaßnahmen

Aufstehen und gehen:

- ☐ Komplette selbstständig
☐ Begleitung nötig
☐ Mit Hilfsmittel
☐ Nicht möglich

An- und Auskleiden:

- ☐ Komplette selbstständig
☐ Teilweise allein
☐ Durch Hilfsperson

Orientierung/psych. Situation:

- ☐ voll orientiert
☐ Zeitw. desorientiert ☐ Antriebsarm
☐ Desorientiert ☐ Depressiv

Kommunikation:

- ☐ Unauffällig
☐ Sehvermögen gemindert
☐ Hörvermögen gemindert
☐ Sprachstörung