

Pflegerelevante Informationen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankheiten/Behinderungen:

Behandelnder Arzt: _____ Weiterbehandelnder Arzt: _____

1. Kostform -

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vollkost | <input type="checkbox"/> Diät |
| <input type="checkbox"/> Schonkost | <input type="checkbox"/> andere Kostform _____ |
| <input type="checkbox"/> geschnitten | <input type="checkbox"/> passiert <input type="checkbox"/> anreichen |

Unverträglichkeiten: _____

Vorlieben/Abneigungen: _____

Ess-/Trinkgewohnheiten:

2. Körperpflege

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|

Bestellung von Pflege- und Toilettenartikel ja nein

3. Besteht Inkontinenz? _____

4. Schlafgewohnheiten

5. Vitale Funktionen

Kälte-/Wärmeempfinden: _____

