





Name, Vorname:									
9. Sich pflegen, sich kleiden:		Hilfebedarf:						Pflegerhinweise:	
		S	A	B	U	tÜ	vÜ	Evtl. Fußnoten zu den bisherigen Punkten	
Duschen/Baden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intimpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Waschen (OK)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Waschen (UK)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haarpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rasieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mund- und Zahnpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prothesenpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fußpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Handpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
An - / Auskleiden (OK)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
An - / Auskleiden (UK)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hautpflege mit:									
Besondere Wünsche:		Versorgung durch				<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann			
10. Essen und Trinken:		Hilfebedarf							
		S	A	B	U	tÜ	vÜ		
Essen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Diät BMI:		Einfuhrbeschränkung:							
Essen sicher gestellt durch		<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern				<input type="checkbox"/> weitere			
<input type="checkbox"/> Kauprobleme <input type="checkbox"/> Schmerzen im Mund <input type="checkbox"/> Übelkeit									
<input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Durstgefühl eingeschränkt									
<input type="checkbox"/> Vorlieben:		<input type="checkbox"/> Abneigungen:							
<input type="checkbox"/> Inappetenz:									
<input type="checkbox"/> enterale <input type="checkbox"/> parenterale Ernährung									
<input type="checkbox"/> Sondennahrung: <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> benötigt <input type="checkbox"/> bestellt Anbieter:									
<input type="checkbox"/> Kostform/Diät, welche:									
<input type="checkbox"/> Diabetes									
<input type="checkbox"/> Schluckprobleme <input type="checkbox"/> Flüssigkeiten andicken									
11. Ausscheiden:		S							
		A	B	U	tÜ	vÜ			
Hygienische Nachsorge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Richten der Kleidung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz									
<input type="checkbox"/> Harninkontinenz									
<input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial, tags:		nachts:							
<input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Obstipation, letzter Stuhlgang am:									
<input type="checkbox"/> DK: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Silikon		letzter Wechsel:				Ch.:			
<input type="checkbox"/> Basisplatte, letzter Wechsel:									
<input type="checkbox"/> Art des Stomas:									
<input type="checkbox"/> Stomaversorgung:									
<input type="checkbox"/> Stomaberatung:									
12. Ruhen und Schlafen:								Erstellt am:	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Tag- / Nachtumkehr								von:	
<input type="checkbox"/> Schlafgewohnheiten:								(Stempel)	
13. Für Sicherheit sorgen:									
Herr / Frau ist ...	ja	nein	Wenn nein:						
risikobewusst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung						
ansprechbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit						
orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Störung:		<input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich		Rücksprache möglich unter Tel.:		
					<input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> zur Situation				
					<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Delir				
emotional stabil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ängste		<input type="checkbox"/> Unruhezustände		Dokument online im Internet:		
					<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung		<a href="http://www.kreis-oh.de/Soziales&amp;Gesundheit/Gesundheitsamt/MRE-Netzwerk">http://www.kreis-oh.de/Soziales&amp;Gesundheit/ Gesundheitsamt/MRE-Netzwerk</a>		
					<input type="checkbox"/> Suizidales Verhalten in der Vergangenheit				
<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	ja	nein							
Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: <input type="checkbox"/> eigener Wunsch o. <input type="checkbox"/> Fixierungsbeschluss						
			Art der Fixierung: <input type="checkbox"/> Bettseitensicherung						
			<input type="checkbox"/> sonstiges:						