



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 _____

10. Chronische Schmerzen

nein ja, wo _____

5. 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 | _____ | |

6. Ernährungszustand

- normalgewichtig kachektisch adipös exsikkiert

7. Kostformen

- Normalkost Diabetesdiät Sondennahrung Flüssigkeitsbegrenzung

sonstige, welche _____

8. Körperliche Behinderung

- nein Hemiparese li. Hemiparese re. Schluckstörung Sprachstörung

sonstige, welche _____

9. 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