Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	
Ärztliche Diagnosen:	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden:	
Liegen Information zu Schmerzen vor (Schmerzlokalisation, Schmerzdiagnose)	
Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welcher Art)	
Liegen psychische Störungen vor?	
(Wenn ja, welche?)	
Bestehen ansteckende Krankheiten z.Bsp. TBC, bitte genau beschreiben	
(Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?)	
Liegen Informationen zu MRSA, ESBL vor? (wenn ja, welche?)	

Impfstatus (Tetanus, Pneumokokken, Influenza)

Ist Diät/ Schonkost erforderlich:	**(welche Art)**

Hilfebedarf:

	Ja	**Nein**
Gehen		
Stehen		
Treppen steigen		
Waschen		
Ankleiden		
Benutzen der Toilette		

Liegt Inkontinenz vor:

	Ja	**Nein**
Harninkontinenz		
Stuhlinkontinenz		

Orientierung	**Ja**	**Nein**	**zeit-weise**
zeitlich orientiert			
örtlich orientiert			
persönlich orientiert			
situativ orientiert			

Bemerkungen, Hinweise:

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes