



Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Genauere Adresse

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

Einweisungsgrund ( Hauptdiagnosen ) Blockschrift

Dringlichkeit der Aufnahme

## Diagnoseblatt

### Atmungsorgane ( pathologische Befunde )

- Chron. Bronchitis / Asthma
- Lungenemphysem

### Kreislauforgane ( pathologische Befunde )

- Arteriosklerose
- kardial
- peripher
- Cerebro-vaskulärer Insult
- Herzinsuffizienz
- Hypertonie / Hypotonie
- Ulcus cruris
- BD Werte

### Harnwege ( pathologische Befunde )

- Harnwegsinfekte
- Prostatahypertrophie
- Niereninsuffizienz

### Skelett ( pathologische Befunde )

- Frakturen
- Arthrose
- Spondylose / Spondylarthrose
- Chron. Polyarthrit

### Stoffwechsel ( pathologische Befunde )

- Diabetes mellitus
- Gicht
- Adipositas
- Hypothyreose / Hyperthyreose

### Nervensystem ( pathologische Befunde )

- Multiple Sklerose
- Status nach Hirntrauma
- Epilepsie: primär / sekundär
- Paraplegie / Tetraplegie
- Demenz
- Parkinsonismus
- Psychosen
- Degenerative ZNS-Erkrankungen

- Maligne Tumoren
- Med Allergien auf

### Übrige diagnostische Befunde

---



---



---

bitte wenden



**Art und Grad der Pflegebedürftigkeit, bitte durch Pflegefachperson ausfüllen**

|   | Ja                       | Nein                     |  | selbständig              | mit Hilfe                |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Psychischer Zustand</b>  |                          |                          | <b>Motorische Fähigkeiten</b>                            |                          |                          |
| Normal  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gehen auf ebenem Boden                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reduziert:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Braucht Stock ; Krücken,                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umwelt-Kontakt gestört  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Böckli, Rollator, Prothese                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desorientiert und verwirrt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zutreffendes unterstreichen                              |                          |                          |
| Verhalten ruhig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Treppen benützen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tag   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rollstuhlpatient   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nacht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Stark verwirrt und unruhig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zubettgehen und Aufstehen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anspruchsvoll im Umgang   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | An- und Auskleiden                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Sich waschen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | WC benützen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |  |                          |                          |
| Sehschärfe beeinträchtigt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mahlzeit einnehmen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mässig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Stark   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dauernd bettlägerig                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brille  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Gehörschaden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| doppelseitig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| leicht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aktuelle Therapie und Medikamente zur Zeit               |                          |                          |
| schwer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Hörgerät  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Sprachstörungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Zahnprothese oben unten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
|   |                          |                          | _____  |                          |                          |
| Nahrungssonde   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
|   |                          |                          | _____  |                          |                          |
| Diät nötig:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Püriert   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Salzarm   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Andere  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Dekubitus   |                          |                          | _____  |                          |                          |
| vorhanden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| gefährdet   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |                          |                          |
| Norton Index  |                          |                          |  |                          |                          |
| Urininkontinenz   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benötigt: Physiotherapie                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| Dauerkatheter   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ergotherapie   | <input type="checkbox"/> |                          |
|   |                          |                          | Aktivierungstherapie                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
|   |                          |                          | Logotherapie   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Stuhlinkontinenz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Anus Praeter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Abusus  |                          |                          | <b>Der einweisende Arzt ( Stempel und Unterschrift )</b> |                          |                          |
| Nikotin   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Alkohol   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Drogen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Übertragbare Krankheit bekannt<br>z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose<br>Welche? |                          |                          | Datum  |                          |                          |