

Beweglichkeit:

Gehen selbständig mit Gehhilfe mit Hilfsperson wechselnd
 Fortbewegung im Rollstuhl selbständig mit Hilfsperson wechselnd
 Transfer (z.B. Bett/Stuhl) selbständig mit Hilfsperson wechselnd
Dekubitus: ja nein

Essen:

selbständig mit wenig Hilfe (z.B. zerschneiden) unselbständig
Spezielle Kost:
Sondernahrung: ja nein

An- und Ausziehen:

selbständig mit wenig Hilfe unmöglich

Körperpflege:

selbständig mit wenig Hilfe unmöglich

WC-Benützung:

selbständig mit wenig Hilfe unmöglich
Urininkontinenz: nein ja
Dauerkatheter : nein ja
Stuhlinkontinenz nein ja

Visus:

normal leicht eingeschränkt stark eingeschränkt

Gehör:

normal leicht eingeschränkt stark eingeschränkt

Sprachliche Verständigung:

möglich eingeschränkt unmöglich

Orientierung:

vorhanden fehlend in: Zeit Ort Situation Person

Weitere wichtige Informationen:

Gibt oder gab es: Suizidversuche anderes selbstgefährdendes Verhalten
 Abhängigkeitskrankheiten welche.....
 Konsum illegaler Drogen welche.....
 Gewalttätigkeit sexuelle Uebergriffe
 Pädophilie andere Problemkreise, welche

.....

Ressourcen / besondere Stärken:

.....
.....
.....

Bemerkungen und Ergänzungen:

.....
.....
.....

Adresse Hausarzt:

Stempel/Telefon/Unterschrift
des untersuchenden Arztes:

Ort und Datum:

.....

