

## Informationen zum aktuellen Pflegebedarf – Gast Tagestreff Birke

Name / Vorname .....

Geburtsdatum .....

### Medizinische Diagnosen

.....

Diabetes  ja  nein      Antikoaguliert  ja  nein

Allergien  ja folgende .....  
 keine bekannt

Medikamentenliste ist beigelegt  ja  nein

### Pflegebedarf

(bitte kreuzen Sie die aktuelle Situation an)

Mobilität	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung durch Pflegeperson
Gehhilfe	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Rollator / Stock <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl
Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung durch Pflegeperson
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung durch Pflegeperson
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung durch Pflegeperson

### Gewohnheiten

Mittagsschlaf  ja  nein      Rauchen  ja  nein

Wohnsituation .....

Beschäftigung zu Hause .....

Benötigen Sie eine besondere Kost / Diät? .....

Benötigen Sie eine besondere Therapie (z.B. Sauerstofftherapie, Physiotherapie)?

.....

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_