



Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<p>1. Diagnosen:</p> <p>1.1 Funktionelle Beeinträchtigungen im körperlichen Bereich (Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane)</p> <p>1.2 Funktionelle Beeinträchtigungen im geistig-seelischen Bereich (Gedächtnis, Stimmung, Urteilsvermögen, Reaktion, Lernfähigkeit etc.)</p>		

2. Auswirkungen der Krankheiten, Behinderungen		(Zutreffendes ankreuzen)
Erhebliche Gehbehinderung oder gehunfähig:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sturzgefährdung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zeitweise bettlägerig:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ständig bettlägerig:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Versteifungen/Lähmungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wo?
Besonderheiten (Ängste/Wahnvorstellungen etc...)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche?
Sprachbehinderung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Sehbehinderung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Hörbehinderung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Sonstiges:		
Örtlich orientiert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Zur Person orientiert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Zeitlich orientiert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Situativ orientiert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Urininkontinenz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Stuhlinkontinenz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Nächtliche Unruhe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: äußert sich durch...		

3. Notwendigkeit der Aufsicht	
Neigt zum Weglaufen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Neigt zum Zerstören	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gefährdet sich selbst und andere	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

