

Erstellt am:

Erstellt von:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Geboren am:

Sozialversicherungsnummer:

Mitversicherung:

ja

nein

Zusatzkrankenversicherung:

ja

nein

Versicherungsanbieter:

Gesetzliche/r VertreterIn:

ja

nein

Patientenverfügung:

ja

nein

INFORMATIONEN ZUR PERSON



Name:

1

2

Telefon:

Adresse:

Staatsbürgerschaft:

Geburtsort:

Muttersprache:

Religion:

Pflegestufe:

Wichtige Kontaktpersonen:

Gesetzliche/r VertreterIn:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

Hinweis:

Notfall-Kontakt/Vertrauensperson:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Hinweis:

Angehörige:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

Hinweis:



## INFORMATIONEN ZU KOMPETENZEN, BEDÜRFNISSEN, VERHALTENSWEISEN & KOMMUNIKATION

### BezugsbetreuerIn in Einrichtung:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

Hinweis:

### Hausarzt/-ärztin:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

### Facharzt/-ärztin:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

Hinweis:

Es ist wichtig von mir zu wissen:

#### • Kommunikation:

Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

5

6

#### • Sinnesbeeinträchtigungen:

Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

#### • Körperpflege und Kleiden:

- Körperpflege

Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

#### • Mobilität:

Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

#### - Kleiden

Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

7

8

• **Ernährung:**

- **Essen**

**Beschreibung:**

**Risiken:**

**Hilfsmittel/Ressourcen:**

---

- **Trinken**

**Beschreibung:**

**Risiken:**

**Hilfsmittel/Ressourcen:**

9

• **Ausscheidung:**

**Beschreibung:**

**Risiken:**

**Hilfsmittel/Ressourcen:**

---

• **Hautzustand:**

**Beschreibung:**

**Risiken:**

**Hilfsmittel/Ressourcen:**

10

• **Atmung:**

**Beschreibung:**

**Risiken:**

**Hilfsmittel/Ressourcen:**

---

• **Schlaf:**

**Beschreibung:**

**Risiken:**

**Hilfsmittel/Ressourcen:**

• **Schmerz:**

**Beschreibung:**

**Risiken:**

**Hilfsmittel/Ressourcen:**

---

• **Orientierung und Bewusstseinslage:**

**Beschreibung:**

**Risiken:**

**Hilfsmittel/Ressourcen:**

**Individuelle Aspekte im Umgang mit:**

---

• **Emotion:**  
**Auslöser:**

**Mein Verhalten:**

**Das hilft mir:**

---

• **Emotion:**  
**Auslöser:**

**Mein Verhalten:**

**Das hilft mir:**

13

• **Emotion:**  
**Auslöser:**

**Mein Verhalten:**

**Das hilft mir:**

---

• **Emotion:**  
**Auslöser:**

**Mein Verhalten:**

**Das hilft mir:**

14

**Was ich mag:**

---

**Was ich nicht mag:**

**Anmerkungen:**



**MEDIZINISCHE INFORMATIONEN &  
VERSORGUNG**

**Allergien, Unverträglichkeiten & Risiken:**

**Medizinische Vorgeschichte:**

---

**Pflegerelevante Informationen zur  
medizinischen Behandlung:**

17

18

---