



## Fragebogen zum Allgemeinzustand (körperlich / mental)

Bitte frei lassen INTERN  
 Eingang: .....  
 Aufnahme ist gem. PDL  
 möglich: .....  nicht möglich

### Personalien

Name: ..... Vorname: .....  
 Telefon: ..... E-Mail: .....  
 Geburtsdatum: .....

### Körperlicher Zustand

Benötigen Sie Hilfe:	nein	Hilfe nur bei Vorbe- reitung / unter Anleitung	Teilweise unselb- ständig	Ganz un- selb- ständig
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht Bettlägerigkeit?  ja  nein (falls nein, bitte folgende 3 Fragen beantworten)

Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Nutzung von Hilfsmittel bei Mobilisation:

#### Hilfsmittel (Rollstuhl / Gehhilfe):

- selbständige Bedienung, ohne Aufsicht
- selbständige Bedienung, mit Aufsicht
- Selbstständig kurze Wegstrecken ohne Aufsicht
- Selbstständig kurze Wegstrecken mit Aufsicht
- Selbstständig längere Strecken ohne Aufsicht
- Selbstständig längere Strecken mit Aufsicht



Besteht eine Urininkontinenz?  nein  ja  teilweise  ganz  
Besteht eine Stuhlinkontinenz?  nein  ja  teilweise  ganz

### Defizite im:

Sehen  nein  ja  teilweise  ganz  
Hören  nein  ja  teilweise  ganz  
Sprechen  nein  ja  teilweise  ganz

### Gedächtnis / Orientierung:

- Keine Beeinträchtigung
- Muss nur gelegentlich erinnert werden, braucht nur wenige Male am Tag Betreuung
- Muss häufig erinnert werden, braucht mehrmals am Tag Betreuung
- Ist desorientiert
- Zeigt Weglauftendenz

Sind Ableitungssysteme vorhanden  nein  ja welche:.....  
(Tracheotomie, VAC, Dauerkatheter, etc.)?

Mit diesem Fragebogen sind zusätzlich folgende Unterlagen einzureichen:

- Arztzeugnis (Diagnosen und Medikamentenliste)
- Aktuelle Pflegeberichte der Spitex oder ähnliches, falls vorhanden