

Patient/in benötigt Hilfe und Unterstützung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> beim An- und Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> bei der Körperpflege | <input type="checkbox"/> beim Essen und Trinken |
| <input type="checkbox"/> beim Toilettengang | |

Patient/in nutzt folgende (Pflege)hilfsmittel:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gehhilfen | <input type="checkbox"/> Rollator | | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Einlagen/Vorlagen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | |

Patient/in nutzt folgende weitere Hilfsmittel:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Gebiss |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Patient/in ist auf Hilfen in der Nacht angewiesen:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------------|-------------------------------|

Patient/in lebt

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> in betreutem Wohnen |
|----------------------------------|--|

wird zu Hause

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> von Angehörigen versorgt | <input type="checkbox"/> vom ambulanten Pflegedienst versorgt |
|---|---|

Kontakt für Rückfragen:

Vorname, Name

Kontaktdaten (Telefon, E-Mail)