



Formblatt AEDL Bewohneraufnahme

CHR-4-1-1-FB-5-1

Nachname, Vorname _____

Zimmer-Nr. _____

		volle Hilfe	Teilhilfe	selbständig
1. Kommunikation	1 Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 Hilfsmittel:			
2. Beweglichkeit	1 Sich-Bewegen-Können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Hilfsmittel			
3. Vitale Funktionen	1 Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Wärme- u. Kälteempfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Körperpflege	1 Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 Allergien > Bemerkung:			
5. Essen und Trinken	1 Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Schluckstörungen	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	3 PEG-Anlage	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	3 Allergie/Nahrungsmittelunverträglichkeit	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	4 Kostform / Diät			
	- Normalkost	<input type="checkbox"/>		
	- Diabetikerkost	<input type="checkbox"/>		
	- Reduktionskost	<input type="checkbox"/>		
	- salzarme Kost	<input type="checkbox"/>		
	- passierte Kost	<input type="checkbox"/>		
- passierte Diabetikerkost	<input type="checkbox"/>			
- sonstige Kost	<input type="checkbox"/>			
6. Ausscheiden können	1 Ausscheiden allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 Harninkontinenz	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	3 Stuhlinkontinenz	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	4 Blasenkatheter/Cystofix	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	5 Anus-präther	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	6 Inko-Material			
7. Ankleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ruhen und Schlafen	1 Schlafstörungen	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	2 umgekehrter Tag-/Nachtrythmus	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
	3 Schlafen und Ruhen allgem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Erstellt	Geprüft	Freigegeben
Datum	September 2009	Dezember 2009	Dezember 2009
Unterschrift	QZ	Portalis	Kramer

