

Erstellt am:

um:

Erstellt von:



## INFORMATIONEN ZUR PERSON



**Name:**

**Geschlecht:**

**Geboren am:**

1

### Wichtige Kontaktpersonen:

#### Gesetzliche/r VertreterIn:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

Hinweis:

#### Notfall-Kontakt/Vertrauensperson:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

#### Angehörige:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

Hinweis:

#### BezugsbetreuerIn in Einrichtung:

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

Hinweis:

3

**Sozialversicherungsnummer:**

**Telefon:**

**Mitversicherung:**

**Adresse:**

**Zusatzkrankenversicherung:**

**Staatsbürgerschaft:**

**Versicherungsanbieter:**

**Geburtsort:**

**Gesetzliche/r VertreterIn:**

**Muttersprache:**

**Patientenverfügung:**

**Religion:**

**Pflegestufe:**

2

**Wichtige Kontaktpersonen:**

**Hausarzt/-ärztin:**

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

**Facharzt/-ärztin:**

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

Hinweis:

**Angehörige:**

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

**Angehörige:**

Name:

Telefon:

Adresse:

Email:

Fax:

4



## INFORMATIONEN ZU KOMPETENZEN, BEDÜRFNISSEN, VERHALTENSWEISEN & KOMMUNIKATION

Es ist wichtig von mir zu wissen:

---

• **Kommunikation:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

5

---

• **Körperpflege und Kleiden:**

- **Körperpflege**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

- **Kleiden**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

7

• **Sinnesbeeinträchtigungen:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

• **Mobilität:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

6

---

• **Ernährung:**

- **Essen:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

- **Trinken:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

8

• **Ausscheidung:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

• **Hautzustand:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

9

---

• **Schmerz:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

• **Orientierung und Bewusstseinslage:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

11

• **Atmung:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

• **Schlaf:**  
Beschreibung:

Risiken:

Hilfsmittel/Ressourcen:

---

10

---

Individuelle Aspekte im Umgang mit:

---

Auslöser:

Mein Verhalten:

Das hilft mir:

---

Auslöser:

Mein Verhalten:

Das hilft mir:

12

**Individuelle Aspekte im Umgang mit:**

---

**Auslöser:**

**Mein Verhalten:**

**Das hilft mir:**

---

**Auslöser:**

**Mein Verhalten:**

**Das hilft mir:**

13

---

**Was ich mag:**

**Anmerkungen:**

15

---

**Individuelle Aspekte im Umgang mit:**

---

**Auslöser:**

**Mein Verhalten:**

**Das hilft mir:**

---

**Auslöser:**

**Mein Verhalten:**

**Das hilft mir:**

14

---

**Was ich nicht mag:**

**Anmerkungen:**

16



## **MEDIZINISCHE INFORMATIONEN & VERSORGUNG**

**Medizinische Vorgeschichte:**

17

**Allergien, Unverträglichkeiten & Risiken:**

19

**Medizinische Vorgeschichte (Fortsetzung):**

18

---

**Pflegerelevante Informationen zur medizinischen Behandlung:**

20