

Assessmentbogen

<p><u>Prämedikation</u></p> <p>Vorabend, Datum: Uhrzeit: _____ Medikament: _____ gegeben: _____ Uhrzeit/ Pflegekraft _____</p> <p>Operationstag, Datum: Uhrzeit: _____ Medikament: _____ gegeben: _____ Uhrzeit/ Pflegekraft _____</p>	<p><u>Präoperative Anordnung:</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ASA: _____ </div>
<p>Verordnender Anästhesist: _____</p>	

Ab hier füllen Sie bitte alle Felder selbst aus:

Ihr Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____ **Ihr Alter:** _____

Um Ihren Aufenthalt besser planen und individuell auf Sie abstimmen zu können, benötigen wir einige Informationen. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutreffend ist.

Angehörige Name/ Tel.: _____

Hausarzt: _____

Ich habe einen **gesetzlichen Betreuer**. Name/ Tel. : _____ für folgende Angelegenheiten: _____

Ich habe eine Patientenverfügung Ich habe eine Vorsorgevollmacht

<p><u>Tag- und Nachtrhythmus</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich leide unter Einschlaf-/ Durchschlafstörungen und nehme regelmäßig Medikamente ein.</p> <p><u>Mobilität</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin beim Gehen unsicher.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin in meiner Beweglichkeit eingeschränkt durch (z.B. Lähmungen, Versteifungen, Gelenkersatz...)</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Begleitperson</p> <p><input type="checkbox"/> Ich benötige Hilfe beim Waschen und Wechseln der Kleidung.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich leide häufig an Schwindel.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin im letzten Monat aus folgendem Grund gestürzt: _____</p>	<p><u>Ernährung</u></p> <p><input type="checkbox"/> glutenfrei <input type="checkbox"/> lactosefrei <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien: _____ <input type="checkbox"/> Ich trinke tgl. weniger als 1 Liter Flüssigkeit. <input type="checkbox"/> Ich habe in den letzten 3 Monaten ungewollt Gewicht verloren. <input type="checkbox"/> Ich leide an Appetitlosigkeit. <input type="checkbox"/> Ich benötige Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. <input type="checkbox"/> Ich habe Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken.</p> <p><u>Diabetes mellitus</u> Typ: _____ behandelt mit: <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin</p> <p>Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; float: right;"> BMI: _____ </div>
--	---

<p><u>Schmerzen</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Schmerzen. Seit wann haben Sie Schmerzen? _____</p> <p>Wo haben Sie Schmerzen? _____</p>	<p><u>Thromboserisiko</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ich hatte eine Thrombose/Embolie. <input type="checkbox"/> Ich leide unter Blutgerinnungsstörungen. <input type="checkbox"/> Ich habe eine Durchblutungsstörung in den Beinen. <input type="checkbox"/> Krampfader <input type="checkbox"/> PAVK <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie bei Verwandten 1. Grades.</p>
--	---

Bitte wenden!

Assessmentbogen

<u>Kommunikation</u> <input type="checkbox"/> verminderte Sehkraft /Blindheit re/ li <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit /Gehörlosigkeit re/ li <input type="checkbox"/> Brille / Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgerät re/ li <input type="checkbox"/> Augenprothese re/ li <input type="checkbox"/> sprachliche Einschränkungen	
<u>Ausscheidung</u> <input type="checkbox"/> Ich verliere <u>ungewollt</u> Urin (z. B. beim Niesen/ Husten, bei Belastung). <input type="checkbox"/> Ich muss mich beim Wasserlassen anstrengen. <input type="checkbox"/> Ich muss häufig sehr <u>plötzlich</u> Wasser lassen. <input type="checkbox"/> Ich leide unter Verstopfung und nehme regelmäßig Abführmittel ein. <input type="checkbox"/> Ich habe einen künstlichen Darmausgang. <input type="checkbox"/> Ich leide an häufigem Durchfall. <input type="checkbox"/> Ich habe häufig ungewollt Stuhlabgang	<u>Psyche / Emotionen</u> Meine derzeitige Lebenssituation ist beeinflusst/ bestimmt durch: <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Trauer/ Verlust/ Traurigkeit <input type="checkbox"/> Verminderter Antrieb <input type="checkbox"/> Verminderte Leistungsfähigkeit /Erschöpfung <input type="checkbox"/> Depressionen
<u>Besonderheiten:</u> <input type="checkbox"/> Ich habe eine offene Hautstelle. <input type="checkbox"/> Ich habe eine schlecht heilende Wunde. <input type="checkbox"/> Ein Wundabstrich ist bereits am _____ erfolgt. <input type="checkbox"/> Bei mir wurde schon einmal ein multiresistenter Keim nachgewiesen (z.B. MRSA, MRGN) <input type="checkbox"/> Sanierung ist erfolgt <input type="checkbox"/> Ich habe/ hatte folgende Infektionskrankheiten: <input type="checkbox"/> Tuberkulose bestehend seit: _____ ausgeheilt seit: _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C bestehend seit: _____ ausgeheilt seit: _____	<u>Entlassungsvorbereitung:</u> <input type="checkbox"/> Ich lebe mit Angehörigen zusammen/ im Haushalt anderer <input type="checkbox"/> Ich lebe alleine. <input type="checkbox"/> Ich habe für eine Betreuung nach Entlassung gesorgt durch: _____ <input type="checkbox"/> Ich werde durch folgenden ambulanten Pflegedienst unterstützt: _____ <input type="checkbox"/> In meine Entlassungsplanung dürfen folgende Personen einbezogen werden: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> Ich lebe im Pflegeheim _____ <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> stationäre Pflege
<input type="checkbox"/> Ich möchte eine Beratung durch den Sozialdienst des Hauses in Anspruch nehmen, da ich zu Hause <u>nicht</u> versorgt bin.	

Medikamente

Name des Medikaments sowie Dosierung (mg oder g)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf	Grund für die Einnahme

<u>Abschließende Bemerkungen</u> <input type="checkbox"/> Der Sozialdienst muss eingeschaltet werden. <input type="checkbox"/> Die Einverständniserklärungen Anlage 1a/1b sind unterschrieben.	HZ/Datum Stationspflegekraft
---	---