



Malteser

Malteserstift Haus St. Birgitta

Name des/der Patienten/in:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Anschrift:	
Pflegestufe:	Pflegestufe beantragt:

Diagnosen:

Eine Diät ist notwendig: ja nein

BE: _____

Flüssigkeitseinschränkung: ja nein

Wieviel: _____

Art und Umfang der erforderlichen Hilfen:

Hinweise auf auffälliges Verhalten/Unruhezustände usw.:

Besteht eine Suchtproblematik: ja nein

Welche: _____

Orientierungsvermögen:

Räumlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zeitlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zur Situation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zur Person	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Weglauftendenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten: ja nein

Datum, Ort

Unterschrift des Arztes/der Ärztin