**Informationssammlung zur Erstellung der Pflegeplanung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name (pbM):** |  | **Geburtsjahr:** |  | **Pflegegrad:** |  | **Pflegeauftrag seit (Monat/Jahr):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktuelle medizinische Diagnosen** (nach Organsystemen sortiert;  falls bekannt mit Datum der Diagnosestellung) | **Pflegerelevante Symptome**  Wie zeigt sich die Erkrankung bei diesem pflegedürftigen Menschen? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamente** | | **Dosierung** | | | | **Indikation** | **Hinweise** (zur Einnahme oder zu Neben-/Wechselwirkungen) |
| **Name/Darreichungsform** | **Wirkstoff** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bedarfsmedikamente** |  | **Einzeldosis** | | **Maximaldosis** | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |

|  |
| --- |
| **Sonstige ärztliche Verordnungen** (z.B. Kompressionstherapie, begleitende Therapien) |
|  |
|  |
| **Hilfsmittel** (z.B. Rollstuhl/Rollator, Sonden, Katheter, Inkontinenzmaterialien) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Freiheitsentziehende Maßnahmen** (mit Datum der richterlichen Genehmigung) |
|  |
|  |
|  |