



# Infosammlung

ATL	Unterkategorie		Ja	Nein	Hilfsmittel	vorhanden	dabei	sonstiges	
Kommunikation	<b>Sehen eingeschränkt</b>								
	Weitsehen				Brille				
	Nahsehen				Kontaktlinse				
	<b>Hören eingeschränkt</b>								
	linkes Ohr				Hörgerät li				
	rechtes Ohr				Hörgerät re				
	<b>Sprache eingeschränkt</b>								
	Deutschkenntnisse								
	Englischkenntnisse								
		_____kenntnisse				Mutterspr.: _____			
	Sprachproduktion eingesch.								
	Sprache	verbal							
		non-verbal							
klar									
leise									
verwaschen									
<b>Orientierung</b>	zeitlich								
	örtlich								
	zur Person								
	situativ								
<b>Kann Bedürfnisse verballi.</b>									
Bewegung	<b>Bewegung eingeschränkt</b>								
	Im Bett	Hände/ ...			Gehstock			1= selbstständig 2= Anleitung 3= Aktive Hilfe PK 4= Übernahme PK	
	Transfer	in Stuhl			Rollator				
	Außerhalb Bett				Rollstuhl				
	Rumpfstabilität	im Sitzen							
	Standstabilität								
	<b>Distanz + Lauffähigkeiten</b>								
<b>Einschränkungen, Lähmungen, Kontrakturen, Amputationen?</b>									
Sicherheit	<b>Schmerzen</b>								
	NRS	Ruhe			Wann?, Wo?, Medikamente (b.B.)?, sonst. Kompensation?			Wenn Schmerzen, dann NRS= 1-10	
		Belastung							
	Umgang mit Schläuchen	kennt Gefahr			Beschreibung (Was wird unternommen/ unterlassen?)				
		vermeidet Gefahren							
Umgang mit Verbänden	Manipulation			Beschreibung (Was wird unternommen/ unterlassen?)					
	vermeidet Gefahren								

# Infosammlung

ATL	Unterkategorie		Ja	Nein	Hilfsmittel	vorhanden	dabei	sonstiges	
<b>Sicherheit</b>	<b>Sturzgefahr</b>								
	Stratify- Skala: Stand: _____ Punktzahl: _____								
	letzter Sturz: _____								
	Schuhwerk	feste Schuhe							
		Hausschuhe							
		ABS							
		barfuß							
	kann selbst. Anziehen	körperlich			Schuhlöffel				
		psych.							
	<b>Weglauftendenz</b>								
	... mehrmals am Tag				Matte				
	... mehrmals die Woche				...				
	... einmal die Woche				...				
	... seltener, als einmal je Woche				...				
	<b>Allergien</b>				Welche?				
<b>Suchtmittel</b>	Nikotin			Was? Wie oft? Wie viel?					
	Alkohol								
	sonstige								
<b>Essen + Trinken</b>	BMI: _____ Gewicht: _____ Größe: _____								
	Essen Aufnahme	selbstständig			Beschreibung				
		Richten							
		Anreichen							
		anderes							
	Essen Menge/ Quantität	100%			Grund?				
		75%							
		50%							
		25%							
		wenige Löffel							
	Kostform	Vollkost			Beschreibung				
		Schonkost							
		Diabetes							
		püriert							
		sonstige							
<b>Zahnersatz?</b>				oben					
				unten					
<b>PEG- Anlage</b>				Beschreibung					
... Versorgung selbstständig									
... benötigt Hilfe									
<b>Trinkmenge:</b> _____									
Trinkmengenbegrenzung				Wie viel? _____					
Grund des (zu) geringen Trinken									
Schluckstörung				Welche?					
Unverträglichkeiten	Allergien								
Besondere Essgewohnheiten	z.B. Religion								

# Infosammlung

ATL	Unterkategorie		Ja	Nein	Hilfsmittel	vorhanden	dabei	sonstiges
Essen + Tri.	Med. Einnahme	notwendig			Wie?			
		selbstständig						
		Hilfe/ Anleitung						
	Zeitpunkt Einnahme	Kenntnis			Beschreibung			
	Grund Einnahme	Kenntnis						
Ausscheidung	Urin	kontinent			Wie oft? Warum?			
		inkontinent						
	Stuhl	kontinent			Wie oft? Warum?			
		inkontinent						
	Stoma	selbstständig			transure. Kat.			
		Hilfe/ Anleit.			suprab. Kat.			
					Spühlkatheter			
					Bettpfanne			
					Inko-Hose			
					Einlagen			
					sonstiges			
		Obstipationsneigung			Beschreibung, Wann? Wie oft?			
	Diarrhoe(-Neigung)							
	Erbrechen							
Waschen/ Kleiden	Hautzustand	trocken			Beschreibung (z.B.: Wo?, Wie stark ausgeprägt?, Wie (zu Hause) gepflegt?, Kenntnisse über (korrekte) Pflege?,...			
		feucht						
		fettig						
		Mischhaut						
		schuppig						
		Wunden						
		Hautpilz						
		Mazeration						
		Dekubitus						
		Hautverfärbu.						
		Pickel						
		Juckreiz						
		Schorf						
		Blutungen						
	Mundhöhle	Beschreibung Schleimhaut, Zunge, Zähne/ Zahnersatz, Voll-/ Teilprothese,...						
Haare	fettig			Beschreibung				
	gewaschen							
Nägel	gepflegt							
	ungepflegt							
Bart	gepflegt							
	ungepflegt							

## Infosammlung

ATL	Unterkategorie		Ja	Nein	Hilfsmittel	vorhanden	dabei	sonstiges
Waschen/ Kleiden	eigene Utensilien				Beschreibung (z.B. Dabei?, Kann (korrekt) anwenden?,...)			
		Rasierer						
		Handtuch						
		Waschlappen						
		Zahnbürste						
		Zahnpasta						
		Kleidung						
		Schuhe						
		Lotion						
		Shampoo						
		Duschgel						
		Seife						
	Allergien				Beschreibung			
	Besondere Vorlieben?							
	Wunden/ Verbände							
	Zugänge/ Abgänge							
	<b>Kann selbständig waschen...</b>	Gesicht			Weitere Hinweise/ Beschreibung			
		Zähne						
		Haare						
		Arme						
		Oberk. Front						
		Oberk. Rück						
		Intim Front						
		Intim Rück						
		Oberschenkel						
		Unterschenkel						
		Füße						
	<b>Benötigt Anleitung...</b>	Gesicht						
		Zähne						
		Haare						
		Arme						
		Oberk. Front						
		Oberk. Rück						
	Intim Front							
	Intim Rück							
	Oberschenkel							
	Unterschenkel							
	Füße							
<b>Benötigt Übernahme...</b>	Gesicht							
	Zähne							
	Haare							
	Arme							
	Oberk. Front							
	Oberk. Rück							
	Intim Front							
	Intim Rück							
	Oberschenkel							
	Unterschenkel							
	Füße							

# Infosammlung

ATL	Unterkategorie		Ja	Nein	Hilfsmittel	vorhanden	dabei	sonstiges	
<b>Vitalfunktionen</b>	RR: _____ mmHg P: _____ bpm								
	BZ: _____				Beschreibung				
	Schwitzen?								
	Fieber?								
<b>Atmen</b>	SpO2: _____ % AF: _____ /min								
	Dyspnoe	in Ruhe			Ab wann?				
		bei Belastung							
	O2- Gabe	kontinuierlich			Menge? Applikationsart? [xl/min.; Nasenbrille/ Maske;...]				
		intermittierend							
	Volumen	flach			Beschreibung				
		sichtbar							
		tief							
	Atmung...	Brust							
		Bauch							
Misch									
Sputum	hörbar			Beschreibung					
	produktiv								
	fest								
	flüssig								
	Ort: _____								
	Farbe: _____								
	Geruch: _____								
Raucher?					Wie lange? Wie viel?: _____				
<b>Freizeit</b>	Bevorzugte Beschäftigung im Krankenhaus								
	Private Hobbys								
<b>Ruhe und Schlaf</b>	Kann gut einschlafen								
	Kann gut durchschlafen								
	Beschreibung: Warum, wenn nicht? Was kann geändert werden? (z.B. Temperatur, Licht, Geräusche,...)								
	Med. im Krankenhaus?				Welche? Wann?				
	Med. zu Hause?								
Beschreibung									

# Infosammlung

ATL	Unterkategorie	Ja	Nein	Hilfsmittel	vorhanden	dabei	sonstiges
<b>Ruhe und Schlaf</b>	Beschreibung genereller Schlafgewohnheiten						
	Wann ins Bett? Offenes/geschlossenes Fenster? Tee am Abend? Fernsehen? ,...						
<b>Sinn/ Religion</b>	Konfession/ Religion:						
	Ängste?:						
	Seelsorge- Bedarf?:						
<b>Mann- Frau-Gefühl</b>	Scharm? Traumata? Wert auf Schiminken, Gerüche,...						
<b>Soziale Situation</b>	Bezugspersonen/ Angehörige? (zu diesen auch Kontakt?)						
	Wohnsituation? (alleine?; Treppensteigen notwendig?; Zurechtkommen zu Hause?)						
	Probleme?; Entlassmanagement relevantes?; Sozialdienst?						
Durchgeführt am: _____ von: _____							
Weitere Notizen/ Anmerkungen:							