

Eintrittserhebung	Ja
ordentliche Folgerhebung	Nein
Ausserordentliche Erhebung	Nein

1. Wahrnehmung/Kognition

Aufmerksamkeit, Orientierung, Empfindung

		Kann nicht beurteilt werden
1.1 - Der/die Bewohner/-in hat intakte kognitive Fähigkeiten *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	
1.2 - Der/die Bewohner/-in hat ein gutes zeitliches Orientierungsvermögen (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
1.3 - Der/die Bewohner/-in hat ein gutes örtliches Orientierungsvermögen (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
1.4 - Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen, die das alltägliche Leben betreffen - z.B wann aufstehen, wann zu den Mahlzeiten gehen, welche Kleider tragen oder an welchen Aktivitäten teilnehmen *	<input type="checkbox"/> Unabhängig - Entscheidungen zuverlässig, folgerichtig und sicher <input type="checkbox"/> Veränderte Unabhängigkeit - einige Schwierigkeiten nur in neuen Situationen <input type="checkbox"/> Minimal eingeschränkt - in einigen sich wiederholenden Situationen werden Entscheide unzuverlässig. <input type="checkbox"/> Mässig eingeschränkt - Entscheide sind systematisch unzuverlässig oder unsicher; Bewohner/-in benötigt Hinweise/Aufsicht <input type="checkbox"/> Gravierend eingeschränkt - trifft selten/nie Entscheidungen <input type="checkbox"/> Kein wahrnehmbares Bewusstsein, Koma	
1.5 - Der/die Bewohner/-in kann sich nach 5 Minuten an etwas Gelerntes oder Bekanntes erinnern (Kurzzeitgedächtnis) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
1.6 - Der/die Bewohner/-in kann sich an Verfahrens-Abläufe erinnern (Verfahrensgedächtnis). Z.B. Zähneputzen, Ankleiden *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
1.7 - Der/die Bewohner/-in hat ein gutes Sehvermögen (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
1.8 - Der/die Bewohner/-in hat ein gutes Hörvermögen (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
1.9 - Ergänzende Informationen		

2. Schmerz

		Ich kann nicht antworten	Ich will/möchte nicht antworten
2.1 - Wie beurteilt der/die Bewohner/-in die Schmerzhäufigkeit in den letzten 7 Tagen? (Selbsteinschätzung) *	<input type="checkbox"/> Nicht (Keine Schmerzen) <input type="checkbox"/> An 1 bis 3 Tagen <input type="checkbox"/> An 4 bis 6 Tagen <input type="checkbox"/> Täglich, jedoch nicht andauernd <input type="checkbox"/> Täglich und andauernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 - Wie beurteilt der/die Bewohner/-in die Intensität der schlimmsten Schmerzen in den letzten 7 Tagen (Selbsteinschätzung) *	<input type="checkbox"/> Leichte Schmerzen <input type="checkbox"/> Mässige Schmerzen <input type="checkbox"/> Starke Schmerzen <input type="checkbox"/> Sehr starke, unerträgliche Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 - Beobachtbare Zeichen von Schmerzen innerhalb der letzten 7 Tage (Fremdeinschätzung durch die Pflegefachpersonen) *	<input type="checkbox"/> Keine beobachtbaren Zeichen <input type="checkbox"/> Lautäusserungen wie Stöhnen, Ächzen, Seufzen <input type="checkbox"/> Mimik wie verzerrter oder ängstlicher Gesichtsausdruck, Zähne zusammenbeissen <input type="checkbox"/> Schonhaltung; reduzierte Bewegungen, weicht Bewegungen aus <input type="checkbox"/> Andere Zeichen, die als Schmerzäusserung erklärt werden können z.B. Abwehr von Interaktionen, veränderter Schlafrhythmus, Appetitlosigkeit		
2.4 - Schmerzhäufigkeit des/der Bewohners/-in (in den letzten 7 Tagen) (Fremdeinschätzung durch die Pflegefachpersonen) *	<input type="checkbox"/> An 1 bis 3 Tagen <input type="checkbox"/> An 4 bis 6 Tagen <input type="checkbox"/> Täglich, jedoch nicht andauernd <input type="checkbox"/> Täglich und andauernd		
2.5 - Intensität der schlimmsten vom Pflegeteam beobachteten Schmerzepisode in den letzten 7 Tagen (Fremdeinschätzung durch die Pflegefachpersonen) *	<input type="checkbox"/> Leichte Schmerzen <input type="checkbox"/> Mässige Schmerzen <input type="checkbox"/> Starke Schmerzen <input type="checkbox"/> Sehr starke, unerträgliche Schmerzen		
2.6 - Ergänzende Informationen			

3. Gesundheitsverhalten/Lernen

Gesundheitsbewusstsein, Wohlbefinden

		Kann nicht beurteilt werden
3.1 - Der/die Bewohner/-in zeigt ein gesundheitsbewusstes Verhalten *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	
3.2 - Der/die Bewohner/-in hat die Bereitschaft, sich an verordneten Therapien im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten zu beteiligen *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
3.3 - Der/die Bewohner/-in hat die Bereitschaft, verordnete Medikamente einzunehmen *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
3.4 - Anzahl verschiedener Medikamentenwirkstoffe, die der/die Bewohner/-in in den letzten 7 Tagen erhalten hat (gemäss LTC_asc) *	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Anzahl Wirkstoffe :	
3.5 - Ergänzende Informationen		

4. Lebensprinzipien

Werte, Glauben, Autonomie

		Kann nicht beurteilt werden
4.1 - Es sind Werte, Prinzipien beim Bewohner/bei der Bewohnerin erkennbar, die ihm/ihr im Alltag Sinn, Kraft geben *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
4.2 - Der/die Bewohner/-in hat ein selbstbestimmtes Verhalten *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
4.3 - Der/die Bewohner/-in kann seine/ihre Werte, Spiritualität, Religiosität leben *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
4.4 - Geschätzte Lebenserwartung (Einschätzung im interprofessionellen Team: Arzt, Pflege) *	<input type="checkbox"/> Lebenserwartung ist kein Thema oder wurde nicht geklärt <input type="checkbox"/> 6 Monate oder länger <input type="checkbox"/> 6 Wochen oder länger - aber weniger als 6 Monate <input type="checkbox"/> Weniger als 6 Wochen <input type="checkbox"/> Tod wird erwartet - innerhalb von Tagen	
4.5 - Ergänzende Informationen		

5. Kommunizieren

		Kann nicht beurteilt werden
5.1 - Der/die Bewohner/-in hat ein situationsgerechtes Gesprächsverhalten *	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
5.2 - Der/die Bewohner/-in kann andere verstehen (verbal und/oder nonverbal) *	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nicht	
5.3 - Der/die Bewohner/-in kann sich verbal und/oder nonverbal verständlich machen *	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ist verständlich - bringt Gedanken ohne Schwierigkeiten zum Ausdruck <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ist meistens verständlich, - hat Schwierigkeiten, Worte zu finden oder Gedanken zu beenden, ABER mit genügend Zeit keine Unterstützung erforderlich <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ist oft verständlich - hat Schwierigkeiten, Worte zu finden oder Gedanken zu beenden, UND Unterstützung in der Regel erforderlich <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ist manchmal verständlich - Fähigkeit ist eingeschränkt, konkrete Anliegen zum Ausdruck zu bringen <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ist selten/nie verständlich	
5.4 - Der/die Bewohner/-in kann Medien zur Kommunikation einsetzen *	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Schriftliche Mitteilungen <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Andere :	
5.5 - Ergänzende Informationen		

6. Sicherheit/Schutz

Hygiene, Hautverhältnisse, Sturzgefahr, Infektion, Durchblutung

<p>6.1 - Der/die Bewohner/-in ist frei von Gefährdungen (z.B. Sturzgefahr) und/oder Schädigungen (z.B. Hautschädigung) *</p>	<p><input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht</p>
<p>6.2 - Beim Bewohner/der Bewohnerin liegen folgende Gefährdungen und/oder Schädigungen vor</p>	<p><input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung <input type="checkbox"/> Hautschädigung (Dekubitus) <input type="checkbox"/> Hautschädigung (Mundschleimhaut) <input type="checkbox"/> Infektion/Infektionsgefahr <input type="checkbox"/> Sturzgefahr <input type="checkbox"/> Andere :</p>
<p>6.3 - Der/die Bewohner/-in hatte keine bewegungseinschränkende Massnahmen (in den letzten 7 Tagen) *</p>	<p><input type="checkbox"/> Immer (keine BEM) <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht (immer BEM)</p>
<p>6.4 - Beim Bewohner/der Bewohnerin werden folgende bewegungseinschränkende Massnahmen eingesetzt (in den letzten 7 Tagen) *</p>	<p><input type="checkbox"/> Sitzgelegenheit, die kein selbständiges Aufstehen erlaubt <input type="checkbox"/> Bodenbett, das das Aufstehen erschwert <input type="checkbox"/> Bettgitter und andere Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche den/die Bewohner/-in am selbständigen Verlassen des Bettes hindern <input type="checkbox"/> Rumpffixation im Sitzen oder Liegen <input type="checkbox"/> Andere mechanische Einschränkungen :</p>
<p>6.17 - Ergänzende Informationen</p>	

7. Selbst-/Fremdgefährdung

Gewalt

<p>7.1 - Vom Bewohner/von der Bewohnerin geht keine Gefährdung auf andere (Dritte) und/oder sich selber aus *</p>	<p><input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht</p>
<p>7.2 - Der/die Bewohner/-in gefährdet sich selber und/oder andere (Dritte) folgendermassen *</p>	<p><input type="checkbox"/> Gewaltgefährdung/Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> Gewaltgefährdung/Selbstgefährdung <input type="checkbox"/> Suizidgefahr <input type="checkbox"/> Andere :</p>
<p>7.3 - Der/die Bewohner/-in zeigte verbal aggressives Verhalten (in den letzten 7 Tagen) *</p>	<p><input type="checkbox"/> Nicht <input type="checkbox"/> An 1 bis 3 Tagen <input type="checkbox"/> An 4 bis 6 Tagen <input type="checkbox"/> Täglich einmal <input type="checkbox"/> Täglich mehrmals</p>
<p>7.4 - Das verbal aggressive Verhalten zeigte sich folgendermassen (Wie? Wann? Wo?)</p>	
<p>7.5 - Der/die Bewohner/-in zeigte körperlich aggressives Verhalten (in den letzten 7 Tagen) *</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> an 1 bis 3 Tagen <input type="checkbox"/> an 4 bis 6 Tagen <input type="checkbox"/> täglich einmal <input type="checkbox"/> täglich mehrmals</p>
<p>7.6 - Das körperlich aggressive Verhalten zeigte sich folgendermassen (wie? Wann? Wo?)</p>	
<p>7.7 - Der/die Bewohner/-in kann technische Hilfsmittel/Sicherheitssysteme (z.B. Rufsystem, Ortungssystem), die er/sie benötigt, selbständig benutzen *</p>	<p><input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht</p>
<p>7.8 - Ergänzende Informationen</p>	

8. Selbstwahrnehmung

Selbstkonzept, Selbstwertgefühl, Körperbild

		Kann nicht beurteilt werden
8.1 - Der/die Bewohner/-in hat ein gutes Selbstwertgefühl *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	<input type="checkbox"/>
8.2 - Der/die Bewohner/-in hat eine gute Grundstimmung *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	
8.3 - Der/die Bewohner/-in fühlt sich angstfrei *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht	
8.4 - Ergänzende Informationen		

9. Rollenbeziehungen

Fürsorgerollen, Familienbeziehungen, Rollenverhalten

9.1 - Der/die Bewohner/-in ist im Heimalltag entsprechend dem eigenen Wohlbefinden eingebunden *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
9.2 - Die Angehörigen sind im Heimalltag entsprechend dem Wohlbefinden der Bewohnerin eingebunden *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
9.3 - Der/die Bewohner/-in pflegt private Kontakte (z.B. Besucher) entsprechend dem eigenen Wohlbefinden *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
9.4 - Ergänzende Informationen	

10. Bewegung

<p>10.1 - Der/die Bewohner/-in verfügt über eine uneingeschränkte Beweglichkeit (Feinmotorik, Grobmotorik) (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *</p>	<p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nicht</p>
<p>10.2 - Der/die Bewohner/-in kann sich selbständig fortbewegen (z.B. Gangsicherheit, Treppensteigen, Fortbewegung ausserhalb, Öffentliche Verkehrsmittel) mit bzw. ohne Hilfsmittel *</p>	<p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nicht</p>
<p>10.3 - Vom Bewohner/der Bewohnerin benötigte Hilfsmittel zur Fortbewegung</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Stock/Stöcke <input type="checkbox"/> Gehbock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl <input type="checkbox"/> Andere Hilfsmittel :</p>
<p>10.4 - Der/die Bewohner/-in ist in den letzten 3 Monaten gestürzt *</p>	<p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ja, ein Sturz ohne körperliche Verletzungen <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ja, mehrere Stürze ohne körperliche Verletzungen <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ja, ein Sturz mit körperlichen Verletzungen <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ja, mehrere Stürze mit körperlichen Verletzungen</p>
<p>10.5 - Ergänzende Informationen</p>	

11. Beschäftigung/Alltagsgestaltung, Energiehaushalt

<p>11.1 - Der/die Bewohner/-in hat genügend Energie, um die gewünschten Alltagsaktivitäten auszuüben *</p>	<p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nicht</p>
<p>11.2 - Damit beschäftigte sich der/die Bewohner/-in in der Beobachtungsphase *</p>	<p><input type="checkbox"/> Sein und/oder Umgebung beobachten <input type="checkbox"/> Besorgen eigenen Haushalt, Ordnung im Zimmer <input type="checkbox"/> Pflanzenpflege <input type="checkbox"/> Haustiere <input type="checkbox"/> Kleinere Einkäufe (Zeitungen, Esswaren,...) <input type="checkbox"/> Kontaktpflege <input type="checkbox"/> Spielen (Jassen, Würfelspiele,...) <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Radio hören <input type="checkbox"/> Bewegen, Spazieren <input type="checkbox"/> Ausflüge machen <input type="checkbox"/> Andere :</p>
<p>11.3 - Ergänzende Informationen</p>	

12. Essen/Trinken

Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme, Verdauung, Stoffwechsel

<p>12.1 - Der/die Bewohner/-in kann selbständig essen und trinken (mit bzw. ohne Hilfsmittel inkl. Ernährung mit Sonde) *</p>	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
<p>12.2 - Folgende Einschränkungen liegen vor: *</p>	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Beeinträchtigter Kauvorgang <input type="checkbox"/> Beeinträchtigter Mund- und/oder Zahnstatus <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/ständiger Hunger <input type="checkbox"/> Andere :
<p>12.3 - Der/die Bewohner/-in benötigt folgende Hilfsmittel zum Essen und Trinken *</p>	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Spezialtrinkbecher <input type="checkbox"/> Trinkhalm <input type="checkbox"/> Besonderes Besteck <input type="checkbox"/> Tellerrand <input type="checkbox"/> Nahrungssonde <input type="checkbox"/> Andere :
<p>12.4 - Der/die Bewohner/-in verträgt alle Lebensmittel (benötigt keine spezielle Diät, hat keine Nahrungsmittelunverträglichkeit/en, hat keine Allergie/n) *</p>	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
<p>12.5 - Der/die Bewohner/-in hat folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -Allergien</p>	<input type="checkbox"/> Glutenintoleranz (Zöliakie) <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz (Milchzucker) <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien (z.B. allergisch auf Erdbeeren, Nüsse) <input type="checkbox"/> Andere :
<p>12.6 - Der/die Bewohner/-in nimmt situativ genügend Flüssigkeit zu sich (mindestens 1.5 Liter pro Tag im Allgemeinen, die entsprechende Menge je nach Diagnose/n prüfen) *</p>	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
<p>12.7 - Der/die Bewohner/-in konnte sein/ihr Gewicht halten *</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Gewichtsverlust \geq 5% innerhalb der letzten 30 Tage <input type="checkbox"/> Nein, Gewichtszunahme \geq 5% innerhalb der letzten 30 Tage <input type="checkbox"/> Nein, Gewichtsverlust \geq 10% innerhalb der letzten 6 Monate <input type="checkbox"/> Nein, Gewichtszunahme \geq 10% innerhalb der letzten 6 Monate
<p>12.8 - Ergänzende Informationen</p>	

13. Schlafen, sich ausruhen

13.1 - Der/die Bewohner/-in kann problemlos schlafen (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
13.2 - Ergänzende Informationen	

14. Körperpflege/Bekleidung

14.1 - Der/die Bewohner/-in kann seine/ihre Körperpflege selbständig ausführen (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
14.2 - Der/die Bewohner/-in kann sich selbständig an-/auskleiden (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
14.3 - Ergänzende Informationen	

15. Atmen

15.1 - Der/die Bewohner/-in kann beschwerdefrei atmen (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
15.2 - Auftreten der Atembeschwerden	<input type="checkbox"/> Bei Anstrengung <input type="checkbox"/> In Ruhe <input type="checkbox"/> Bei Aufregung <input type="checkbox"/> Wegen Asthma <input type="checkbox"/> Wegen Sekretstau <input type="checkbox"/> Andere Gründe :
15.3 - Ergänzende Informationen	

16. Ausscheidung/Austausch

Harntrakt-/Magendarmfunktion

16.1 - Der/die Bewohner/-in hat eine beschwerdefreie Verdauung *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
16.2 - Der/die Bewohner/-in hat eine beschwerdefreie Urinausscheidung (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
16.3 - Der/die Bewohner/-in hat eine beschwerdefreie Stuhlausscheidung (mit bzw. ohne Hilfsmittel) *	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Eher häufig <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Eher weniger <input type="checkbox"/> Nicht
16.4 - Der/die Bewohner/-in benötigt Hilfsmittel oder Unterstützung zur Ausscheidung *	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial <input type="checkbox"/> Nachtstuhl <input type="checkbox"/> Bettschüssel/Urinflasche <input type="checkbox"/> Toilettentraining <input type="checkbox"/> Einläufe, Klistiere <input type="checkbox"/> Katheter, Urinal <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Andere Hilfsmittel :
16.5 - Ergänzende Informationen	

99. Pflegeschwerpunktthemen übergreifend

99.1 - Themenübergreifende, pflegerelevante Beobachtung/en	