

### Risikoeinschätzung 2/2

Patient ist zu folgendem Problem Risiko gefährdet:	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Risiko-Einschätzung unverändert		
								Datum	Hdz.	
<b>Gesundheitliche Risiken</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Mobilität	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Sturz	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Kontinenz	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Ernährung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Dehydration	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Obstipation	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Intertrigo	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Pneumonie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Kontraktur	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Hypertonie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Mundgesundheit	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
<b>Verhaltensbedingte Risiken</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Psychische Problemlagen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Umgang mit Gefahrenquellen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Ablehnung Unterstützung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Soziale Interaktion	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Fehleinschätzung/Risikobewertung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
<b>Umgebungsbedingte Risiken</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Wohnumfeld	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Minderversorgung Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
<b>Kognitive Risiken</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Verstehen Sachverhalte/Informationen	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙		
Risiken und Gefahren erkennen	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙		
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙		
Verstehen von Aufforderungen	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙	⊙ ⊙ ⊙ ⊙		
Legende:	0- vorhanden, 1- größtenteils vorhanden, 2- in geringem Maße vorhanden 3- nicht vorhanden									
<b>Handzeichen Pflegefachkraft:</b>										
<b>Liegt ein Risiko vor, ist der Patient zu diesem Risiko zu beraten!</b>										