

**Urinkontrolle:**

<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Urinflasche
	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Stomaversorgung

**Stuhlkontrolle:**

<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Stomaversorgung
	<input type="checkbox"/> sonstige:	

**An- / Auskleiden:**

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
--	--	--

**Essen / Trinken:**

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe z. B. beim Schneiden	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
--	---	--

**Kau- u. Schluckstörungen:**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Störungen	<input type="checkbox"/> PEG Sonde
	<input type="checkbox"/> Nahrungskarenz	<input type="checkbox"/> Trinkkarenz

**Diät:**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche:
--------------------------------	---

**Ein- / Durchschlafen:**

<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> sporadische Störungen	<input type="checkbox"/> Schlaf-wach-Rhythmus gestört
---	--	---

**Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:**

<input type="checkbox"/> 1Mal	<input type="checkbox"/> 2 - 3 Mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Mal
Bekommt Schlafmittel:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Aktuelle Therapien:**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Logopädie
sonstige:		