

**Vorschlag für den Bewohner zur Abschlussprüfung**  
- Altenpflege -

ambulant

stationär

\_\_\_\_\_  
Name des zu prüfenden Auszubildenden

<u>BewohnerNr.:</u>	<u>Alter:</u>	<u>Pflegegrad:</u>	<input type="radio"/> Betreuer/in , Einverständniserklärung liegt vor
<u>Ärztliche Diagnosen:</u>		<u>Medikamente:</u>	
<u>Ärztliche Verordnungen (mit Angaben zum Wochentag z.B. VW am Dienstag):</u>			
<input type="radio"/> sc. Injektion ( früh) ..... <input type="radio"/> RR/P Messung ( früh) ..... <input type="radio"/> Verbandwechsel ..... <input type="radio"/> PEG ..... <input type="radio"/> .....			
<u>Hilfsmittel:</u>		<u>Prophylaxen mit Maßnahmen:</u>	
<input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Hörgerät (rechts/ links) <input type="radio"/> Zahnprothesen (oben / unten) <input type="radio"/> Rollator / Gehstock <input type="radio"/> Lifter <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Antidekubitusmatraze <input type="radio"/> IKP <input type="radio"/> .....		<input type="radio"/> Pneumonie ..... <input type="radio"/> Thrombose ..... <input type="radio"/> Aspiration ..... <input type="radio"/> Sturz ..... <input type="radio"/> Dehydratation ..... <input type="radio"/> Intertrigo ..... <input type="radio"/> Dekubitus ..... <input type="radio"/> .....	
<u>Besonderheiten/ Bemerkungen:</u>			
<input type="radio"/> Teilwaschung OK <input type="radio"/> Teilwaschung UK <input type="radio"/> Beine abends  ..... ..... ..... .....			

