

Stempel der Klinik		Patientenerfassungsbogen PD-Nurse Fortbildung								
		Teilnehmername: <input style="width: 100%;" type="text"/>								
Lfd.-Nr.: .../ 30	Einrichtung:									
Hauptdiagnose:			Betreuungszeitraum:							
			von	bis						
Patienteninitialen / Aufnahmenummer:	Männlich	<input type="checkbox"/>	Hoehn/Yahr:			Pflegestufe: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I II III				
	Weiblich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alter:			
			1	1,5	2	2,5		3	4	5

ATL / Parkinsonspezifisches Problem:	Maßnahme:	Ergebnis / Auswertung:
Kommunikation:		
Bewegung:		
Ausscheidung:		
Sicherheit/ Medikamentenmanagement:		
Körperpflege:		
Sinnfindung:		
Mann/Frau sein:		
Ernährung:		

Körpertemperatur regeln:		
Atmung:		
Schlaf:		
Arbeiten / Spielen:		
Patientenbeschreibung / Freitext:		
Einrichtung:		
_____	_____	_____
Betreuende Einrichtung des Patienten	Datum	Unterschrift
Teilnehmer:		Mentor:
_____	_____	_____
Datum	Unterschrift	Datum
	Unterschrift	Unterschrift