

# STOP AND WATCH\*

Warnsignale  
frühzeitig erfassen

Wenn Sie bei dem/r Bewohner/in Veränderungen feststellen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Weitere Beobachtungen können Sie bei Bemerkungen festhalten.

**Teilen Sie die Informationen der zuständigen Pflegefachperson mit.**

Name/Vorname

Zimmer-Nr.

<input type="checkbox"/>	Verhalten	Scheint anders zu sein als sonst
<input type="checkbox"/>	Unterstützungsbedarf	Benötigt allgemein mehr Unterstützung
<input type="checkbox"/>	Mobilität	Benötigt mehr Unterstützung bei der Mobilisation, beim Gehen, beim Toilettengang
<input type="checkbox"/>	Aktivität	Beteiligt sich weniger an Aktivitäten
<input type="checkbox"/>	Unruhe	Wirkt gereizter, unruhiger oder nervöser
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit	Wirkt müder, schwächer, verwirrter oder schläfriger
<input type="checkbox"/>	Kommunikation	Spricht oder kommuniziert weniger
<input type="checkbox"/>	Schmerz	Scheint neue oder verstärkte Schmerzen zu haben
<input type="checkbox"/>	Haut	Zeigt Veränderungen der Hautfarbe oder der Hautbeschaffenheit
<input type="checkbox"/>	Gewicht	Hat Gewichtsveränderung oder geschwollene Beine/Füsse
<input type="checkbox"/>	Ausscheidung	Hatte seit 3 Tagen keinen Stuhlgang oder hat Durchfall
<input type="checkbox"/>	Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> Isst weniger <input type="checkbox"/> Trinkt weniger

**Bemerkungen:**

Datum

Name Pflegeperson