

5. Wärme-/Kälteempfinden:

---

---

6. Körperpflege (Aussagen zum „Waschen“ mit/ohne Hilfe, Haar- und Hautpflegemittel, Vorlieben/Abneigungen):

---

---

---

7. Essen und Trinken (mit /ohne Hilfe, Vorlieben/Abneigungen, Diäten):

---

---

8. Ausscheidung/Toilettengänge (mit/ohne Hilfe):

---

---

9. An- und Ausziehen (mit/ohne Hilfe):

---

---

10. Schlafgewohnheiten (tags und nachts):

---

---

11. Frühere Interessen, Gewohnheiten, Beschäftigungen:

---

---

---

12. Aktuelle Medikation:

---

---

---