
Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnbereich, ZimmerNr.

Hatten Sie in der Vergangenheit Probleme mit der Haut?

☐ ja, welche

☐ nein

Haben Sie akut Probleme mit der Haut?

☐ ja, welche

☐ nein

Verwenden Sie Hautpflegeprodukte?

☐ ja, welche

☐ nein

Hat sich Ihre Haut in letzter Zeit verändert?

☐ ja, wie

☐ nein

Haben Sie Kontaktallergien oder Unverträglichkeiten z.B. mit Juckreiz, Ausschlag oder Schwellungen?

☐ ja, welche

☐ nein

Haben Sie häufig Blutergüsse oder reißt ihre Haut schnell ein?

☐ ja

☐ nein

Juckt oder schuppt Ihre Haut vermehrt?

☐ ja

☐ nein

Brennt oder schmerzt Ihre Haut?

☐ ja

☐ nein

Wenn ein Risiko besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann, muss ein tiefergehendes Assessment durchgeführt werden.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	Frau Kreutzer	2.0	September 2025	Seite 1 von 1