

FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ Wohnort	Name des Krankenhauses, falls zz. stationär

Somatische und psychiatrische Erkrankungen,
 die die Selbstständigkeit so weit einschränken, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt:

1. _____
2. _____
3. _____

Besondere Hinweise:

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus Antiepilektiktherapie Antikoagulationstherapie
 Allergien: _____ Implantate _____

Körperpflege	Hilfebedarf Täglich	Zeitweise	Nein
Teilwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Darm-/Blasenentleerung		Hilfebedarf Täglich	Zeitweise	Nein
Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. Toilettensstuhl, Urinflasche Intimpflege/Richten der Kleidung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgt mit:	Ja			
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährung		Hilfebedarf Täglich	Zeitweise	Nein
Mundgerechte Zubereitung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt:	Ja			
Sonderernährung	<input type="checkbox"/>			
Besondere Kostformen	<input type="checkbox"/>			
				Welche: _____

Mobilität	Hilfebedarf Täglich	Zeitweise	Nein
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender <input type="checkbox"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig <input type="checkbox"/> nicht selbstständig <input type="checkbox"/>			
Beim Gehen mit folgenden Hilfsmitteln _____			

Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit

Wird regelmäßig mobilisiert

Nicht mehr mobilisierbar

Kontrakturen Lokalisation _____

Dekubitus Lokalisation _____

Lähmungen Lokalisation _____

ALLTAGSKOMPETENZ

Pflegerrelevante Störungen in folgenden Bereichen:

Sehvermögen <input type="checkbox"/>	Tag-/Nachtrhythmus <input type="checkbox"/>	Psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/>	Desorientierung
Hörvermögen <input type="checkbox"/>	Kooperationsbereitschaft <input type="checkbox"/>	Selbst-Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>	zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/>
Sprachvermögen <input type="checkbox"/>	Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/>	Weglauftendenz <input type="checkbox"/>	situativ <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/>

Erläuterungen:

Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich (z.B. Bettgitter)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Pflegeleistungen während der Nacht erforderlich? jede Nacht zeitweise nein

Welche und wie oft? _____

Regelmäßige Behandlungspflege: _____

Suchterkrankungen: Alkohol Medikamente Nikotin sonstige _____

Ist eine stationäre Rehabilitation geplant? ja nein

Könnte durch eine Rehabilitation der Hilfebedarf verringert werden ja nein

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (BSeuchG)? ja nein

Letzte Thorax Aufnahme vom _____

Datum

Unterschrift u. Stempel Hausarzt/-ärztin
Unterschrift Klinikarzt/-ärztin und Unterschrift Pflegefachkraft (falls Patient/in
zz. im Krankenhaus)