



Persönlicher Fragebogen zum Einzug / Aufenthalt

Sehr geehrte künftige Gäste, Bewohner, sehr geehrte Angehörige / Betreuer,

wir freuen uns, Sie bzw. Ihren Angehörigen demnächst in unserem Haus begrüßen zu dürfen. Zur Vorbereitung bitten wir Sie, sich ein wenig Zeit zu nehmen und den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Gerne können Sie alle Punkte zusätzlich erläutern oder ergänzen. Umso mehr wir im Vorfeld wissen, umso besser. Treten Fragen auf, zögern Sie nicht uns zu kontaktieren. Bitte senden Sie diesen Fragebogen schnellstmöglich, idealerweise 10 Tage vor Aufnahme, an uns zurück.

Vielen Dank für die Mitarbeit!

Ihre Pflegedienstleitung

1. Persönliche Angaben

a. Fragebogen ausgefüllt von / Ansprechpartner: Herr Frau

Nachname: Vorname:

Telefon: Handy:

Beziehung zum Leistungsempfänger:

Ehepartner Tochter/Sohn Betreuer Bevollmächtigter

b. Für / Leistungsempfänger: Herr Frau - Bitte ein aktuelles Bild beilegen -

Nachname: Vorname:

Geburtstag: Größe in cm Gewicht in kg

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefonnr.):

2. Angaben zum Gesundheitszustand

a. Welchen Pflegegrad hat die Pflegekasse bestätigt?

- Pflegegrad 1 Pflegegrad wurde erst beantragt
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3 Eileinstufung
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5

b. Gesundheitsmerkmale

Aus der Sicht des Leistungsempfängers: Derzeit größtes Gesundheitsproblem / Einschränkung?

.....

Hat in den letzten 12 Monaten eine ärztliche / stationäre Behandlung stattgefunden?

Nein Ja, und zwar:

.....

Weitere Beeinträchtigungen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Schwindel | <input type="checkbox"/> Lähmung(en) |
| <input type="checkbox"/> Hörminderung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Kontrakturen |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Beatmung | <input type="checkbox"/> Wunde(n) |
| <input type="checkbox"/> Blutzucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Absaugen d. Atemwege | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht / Übergewicht | <input type="checkbox"/> Inkontinenz / Blasenschwäche | <input type="checkbox"/> Multiresistente(r) Keim(e)
(MRSA, MRGN, VRE, ...) |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Weglaufgefahr | |

Hinweise:

3. Angaben zum Hilfe- und Unterstützungsbedarf

(Umfang der häuslichen Hilfe / Unterstützungsbedarf bitte ankreuzen ☒)

a. Kognitive / Kommunikative Fähigkeiten	Immer	Gelegentlich	Selten	Nie
Kann sich mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachverhalte / Informationen verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risiken und Gefahren erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise:

b. Verhaltensweisen	Nie	Gelegentlich	Häufig	Täglich
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes / aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise:

c. Unterstützung bei Mobilität / Bewegung	Keine	Gelegentlich	Häufig	Immer
Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lageveränderung im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlassen / Wiederaufsuchen Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise:

d. Unterstützung bei der Selbstversorgung	Keine	Gelegentlich	Häufig	Immer
Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege durchführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege / Zahnprothesenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme / mundgerecht zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständig trinken / Getränk eingießen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise:

e. Krankheits- / therapiebedingte Anforderungen	Selbständig	Wechselnd	Unselbständig
Medikamentenverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einhaltung Diät / anderer Verhaltensvorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise:

f. Der Leistungsempfänger (Gast / Bewohner) ...	Nein	Ja
... ist dauerhaft bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... benötigt nächtliche Unterstützung / Beaufsichtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist in letzter Zeit gestürzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat in den letzten 3 Monaten Gewicht abgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist der Lage, sich in seiner Wohnung zurecht zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verschluckt sich auffällig beim Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise:

4. Hilfs- und Pflegemittel

Folgende Mittel werden genutzt / sind vorhanden	Welche?
<input type="checkbox"/> Erleichterung / Unterstützung der Mobilität	
<input type="checkbox"/> Erleichterung / Unterstützung der Lagerung im Bett	
<input type="checkbox"/> Unterstützung der Körperpflege	
<input type="checkbox"/> Unterstützung der Ausscheidung	
<input type="checkbox"/> Unterstützung der Nahrungsaufnahme	
<input type="checkbox"/> Sonstige Hilfsmittel	

Hinweise zur Nutzung von Hilfsmitteln (besondere Anwendungshinweise, -schwierigkeiten, etc.):

5. Gestaltung des Alltags und soziale Kontakte

Ist zurzeit ein Pflegedienst beauftragt? Wenn ja, welcher:

(Bitte Sie Ihren Pflegedienst, z.B. wenn Sie diesen über den geplanten Aufenthalt informieren, Überleitungsinformationen an uns zu senden)

Bei der Pflege / im Umgang unbedingt zu beachten (wichtige Gewohnheiten, Rituale, Vorlieben, Abneigungen, ...)

Hinweise zur Ernährung (Lieblingsessen, -trinken, Unverträglichkeiten, Besonderheiten, Abneigungen, ...)

Hinweise zum Schlafen (Gewohnheiten, Mittagsschlaf, ...)

Lieblingsbeschäftigung, - themen (Hobbies, Interesse, etc.)

Gibt es biografisch relevante Aspekte für die derzeitige Situation (Lebensgeschichte, Tod Bezugsperson, etc.)?

Wichtige Bezugspersonen

6. Verfügungen und Vollmachten

Patientenverfügung: keine vorhanden

Vorsorgevollmacht: keine vorhanden

Sonstige Verfügungen:

Hinweise:

7. Derzeitiger Tagesablauf

Jeder Mensch hat im gewohnten Umfeld seine regelmäßig wiederkehrende Tagesgestaltung. Beschreiben Sie diese bitte möglichst genau mit den wichtigsten Zeiten, Gewohnheiten, Ritualen. Im Haus werden wird diese nach Möglichkeit mit den organisatorischen Rahmenbedingungen in Einklang bringen und in die Tagesstruktur übernehmen.

<i>Beispiel:</i>	
07:00 Uhr	Aufstehen	- Wecker stellen. Langsam starten (Kreislauf)
07:30 Uhr	Morgentoilette, Ankleiden	- lehnt Zahnpflege meistens ab, Zahnbürste in die Hand
ca. 08:15 Uhr	Frühstück	- Kleidungsstücke griffbereit, legt Wert auf ...
		- trinkt nur Tee und isst immer eine Milchsuppe
		- Zeitung lesen
ca. 10:00 Uhr	Toilettengang	- Aufforderung und Begleitung erforderlich (seit Sturz nie alleine im Bad)
11:00 Uhr	Zwischenmahlzeit	- Zwischenmahlzeit 1 Apfel, 1 Banane, keine Kiwis
...		
ca. 21:00Uhr	Zubettgehen	- Nach Tagesschau Schlafanzug anziehen.
		- Nicht auf rechte Seite legen (Schmerzen!) / Klingel, Getränk griffbereit

	Uhrzeit (ungefähr)	Aktivitäten und Anmerkungen (auch ergänzend zu vorherigen Angaben)
Morgen		
Mittag		
Abend		
Nacht		

8. Persönliche Erwartungen / Ziele an den Aufenthalt

Datum: _____

Unterschrift: _____