



Fragebogen für pflegende Angehörige

für Herrn/ Frau , geb. am

Eine gute gelungene Aufnahme ist uns wichtig. Sie können dazu beitragen, indem Sie uns den Hilfebedarf Ihres Angehörigen frühzeitig mitteilen. Somit verfügt das Personal am Aufnahmetag über die wesentlichen Informationen zur Pflege und Betreuung Ihres Angehörigen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Kommunikation	nicht eingeschränkt	eingeschränkt	Hilfsmittel
Sprachfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sehfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bewegung	selbständig	mit Anleitung	mit Hilfe
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus (Roll-)Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Gehstock |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Sturzgefahr | | |

Körperpflege	selbständig	mit Anleitung	mit Hilfe
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- /Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/ Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hautbeschaffenheit intakt trocken Druckstellen

Ernährung	selbständig	mit Anleitung	mit Hilfe
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> besondere Kost: _____			
<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit: _____ <input type="checkbox"/> Allergie: _____			

Toilettengänge	selbständig	mit Anleitung	mit Hilfe
Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter (letzter. Wechsel: _____) <input type="checkbox"/> Bauchkatheter (letzter. Wechsel: _____)			
<input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang			
<input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfallneigung			

Orientierung	gegeben	zeitweise	nicht
zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zum Ort / im Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Bewegungsdrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesteigerter Antrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aggressive Neigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressive Neigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten zur Pflege 

Datum _____

Unterschrift (Verhältnis zum Pflegebedürftigen) _____