

Fragebogen zur Ermittlung des Pflegebedarfs und Kontaktinformationen

Angaben zum Antragssteller

		m	w
Name und Vorname des Bewohners	Geburtsdatum	Geschlecht	
Adresse			
PLZ	Ort		
Telefon Nr.	Erreichbarkeit		
Krankenversicherung	Versicherungsgesellschaft / Versicherungs Nr.		
Pflegeversicherung	Versicherungsgesellschaft / Versicherungs Nr.		
Reiseversicherung	Versicherungsgesellschaft / Versicherungs Nr.		

Angaben der Bezugsperson / Vertrauensperson / Vertreter

Name und Vorname (Hauptkontakt für Notfall)		Name und Vorname (Weiterer Kontakt für den Notfall)	
Adresse		Adresse	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)
Email		Email	
Erreichbarkeit		Erreichbarkeit	

Angaben zum Hausarzt

Name des Hausarztes

Telefonnummer

Adresse des Hausarztes

Vermerk:

Falls Sie sich für einen Aufenthalt bei uns entscheiden, möchten wir Sie bitten, einen Bericht bei Ihrem Hausarzt über bestehenden Krankheiten, Medikamente und Behandlung zu verlangen und uns zukommen zu lassen.

Erkrankung / Gebrechen

An welcher Erkrankung oder Gebrechen leiden Sie?

Demenz

Alzheimer

Parkinson

andere

Welcher Pflegestufe sind Sie zugeteilt?

Pflegestufe I

Pflegestufe III

Pflegestufe II

Nicht zugewiesen

Benötigen Sie eine Gehilfe?

Gehstock

Rollstuhl

Rollator

Keine Gehilfe notwendig

Sprach- und Schlafverhalten

Das Sprachverständnis ist

Vollständig erhalten

Weitgehend erhalten

Eingeschränkt

Das Schlafverhalten ist

Schlafe gut und ruhig

Einschlafschwierigkeiten

Durchschlafschwierigkeiten

- auf Gesten beschränkt
 anderes

- Tag- und Nachtumkehr
 Benötige ein Schlafmittel

Ihr Kommentar:

Körperpflege und Bewegung

Benötigen Sie Hilfe bei/beim

- waschen, duschen oder baden
 der Körperpflege im allgemeinen
 Toilettengang
 Wechseln von Inkontinenzmaterial

- Wechseln von Urin-Katheter
 Wechseln von Stomabeutel
 andere Hilfe notwendig
 Keine Hilfe notwendig

Benötigen Sie Hilfe beim zu Bett gehen oder Aufstehen?

- Ja
 Nein
 teilweise

Benötigen Sie Hilfe beim An- und Ausziehen der Kleider?

- Ja
 Nein
 teilweise

Ihr Kommentar:

Essen und Trinken

Benötigen Sie Unterstützung beim Essen und Trinken?

- Ja
 Nein
 teilweise
 Nein, benötige keine Hilfe

Müssen Sie eine Diät einhalten, wenn ja welche?

- Nein, ich kann alles Essen
 Ja, ich halte Diät (bitte spezifizieren)
 welche

Haben Sie eine Lebensmittel-Allergie?

- Nein, mir nicht bekannt
 Ja (bitte angeben)
 Auf was

Medikamente

Welche verordneten Medikamente müssen Sie zu sich nehmen? (Name des Medikaments angeben)

am Morgen
 am Mittag
 am Abend
 vor dem schlafen
 Benötige keine Medis

Haben Sie eine Allergie gegenüber speziellen Medikamenten?

- Nein, mir nicht bekannt
 Ja (bitte angeben)
 Auf was,
 welche

Benötigen Sie Hilfe bei der Verabreichung der Medikamente?

- Beim Richten von Tabletten und Hilfe bei der Einnahme, Kontrolle
- Hilfe bei Injektionen (z.B. Insulin)
- Hilfe beim Inhalieren
- Nein, benötige keine Hilfe

Vitalzeichen, Kontrolle und Beobachtung

Welche Kontrollen wurden durch den Arzt verordnet?

- Erstellen einer Flüssigkeits- oder Trinkbilanz
- Tägliche Blutzuckermessung
- Mehrmalige Quickwertkontrolle
- Keine Kontrollen notwendig oder verordnet

Ist eine spezielle Pflege notwendig?

- Behandeln von Druckgeschwüren (Dekubitus)
- Kathetersversorgung
- Versorgung einer Magensonde
- Keine spezielle Pflege notwendig

Intensivpflege

Welche Pflegemaßnahmen müssen durchgeführt werden?

- Absaugen der Luftwege
- Blasenspülung bei Dauerkatheter
- Wechseln des Urinkatheters
- Wechseln einer Magensonde
- Habe keinen Pflegebedarf

Ihr Kommentar:

Datum:

Unterschrift:
Antragsteller

Datum:

Unterschrift:
Bezugsperson
