

Fragebogen zur Pflege/Betreuung

- anlässlich der Anmeldung zur Heim bzw. Wohnungsaufnahme -

Bitte alle Fragen vollständig beantworten und Zutreffendes ankreuzen.

**Adresse: ISD-Sozialservice, Haus am Markt,
Innrain 24, FAX: 0512/ 5331 – 7189**

I. PERSÖNLICHE DATEN DES HEIMWERBERS

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Wohnadresse, Tel. Nr.:

Bezugs-, Kontaktperson:

Wohnadresse, Telefon/Handy:

Hausarzt:

Aufnahme in die Altenpflegeeinrichtung **von zu Hause** **vom Krankenhaus**

II. DURCHFÜHRUNG VON ALLTAGSAKTIVITÄTEN

Im folgenden Bereich finden Sie in Tabellenform Fragen zur Selbständigkeit bei unterschiedlichen Alltagsaktivitäten.

	nicht in der Lage	mit Hilfe	selbständig
Sich außerhalb des Hauses fortbewegen (Arztbesuche, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich in der eigenen Wohnung fortbewegen (im Raum, in den Gängen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich in einen Stuhl zu setzen und wieder aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die eigene Körperposition im Bett verändern (aufsitzen, umdrehen, hinlegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel:

Sturzereignisse in den letzten 3 Monaten keines eines mehrere n.bek.

Bekannte Symptome: Schwindel Gangunsicherheiten

	nicht in der Lage	mit Hilfe	selbständig
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden oder Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich an- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrichtung der Notdurft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten zu sich nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Medikamente in der verordneten Form einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontrolle der Medikamenteneinnahme notwendig? nein ja

Merklicher Gewichtsverlust über die letzten 3 Monate ja nein n.bek.

Bekannte Symptome: Erbrechen Übelkeit Appetitlosigkeit

Schluckstörung (Verschlucken, Hustenreiz nach dem Essen oder Trinken, usw.)

nie vereinzelt häufig fast immer n.bek.

Zahnstatus: **eigene Zähne** oben unten **Prothese** oben unten

Diät, besondere Zubereitungsform, Ernährung mit Sonde, etc.:

Probleme mit dem Wasserlassen (Harninkontinenz)

- keine Probleme (kontinent)
- ja, gelegentliche Probleme (weniger als einmal am Tag)
- ja, häufige Probleme (einmal am Tag oder öfter)
- Blasenkatheter

Probleme den Stuhl zu halten (Stuhlinkontinenz)

- keine Probleme (kontinent)
- ja, gelegentliche Probleme (weniger als einmal pro Woche)
- ja, häufige Probleme (einmal pro Woche oder öfter)

Bekannte Symptome: Durchfall Verstopfung

Besondere Hinweise/Bedürfnisse zu den Alltagsaktivitäten

III. FUNKTIONEN und BESONDERES

Sehen

- im Wesentlichen ungestört
- leichte Beeinträchtigung
- schwere Beeinträchtigung

Hören

- im Wesentlichen ungestört
- leichte Beeinträchtigung
- schwere Beeinträchtigung

Sich verständlich machen

- kann sich über fast alles verständlich machen
- kann nur einfache Sachverhalte (z.B. Hunger, Durst, etc.) ausdrücken
- kann sich nicht oder fast nicht verständlich machen

Orientierung

zu **zeitlichen Aspekten**

(Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr)

- im Wesentlichen ungestört
- leichte Beeinträchtigung
- schwere Beeinträchtigung

zu **räumlichen Aspekten**

(Zurechtfinden an Orten)

- im Wesentlichen ungestört
- leichte Beeinträchtigung
- schwere Beeinträchtigung

Gedächtnis

- im Wesentlichen ungestört
- leichte Beeinträchtigung
- schwere Beeinträchtigung

Herausforderndes Verhalten (permanentes Schreien, aggressives Verhalten, etc.)

- nein ja:

Weglauffendenzen, Umherirren, etc.

- nein ja:

Deprimierte Stimmungslage (entmutigt, traurig, sozialer Rückzug, energielos, unglücklich)

nein ja:

Schmerzzustände nein ja:

Wunden/Hautdefekte nein ja:

Besondere Hinweise

IV. WICHTIGES ZUR WEITEREN BETREUUNG (Vorsichtsmaßnahmen, Termine, etc.)

In den letzten 6 Monaten:

Tagespflege Kurzzeitpflege Hauskrankenpflege

24h Betreuung Sonstige Betreuung:

Zahnarzt:

Letzter Zahnarztbesuch: (Monat/Jahr) n.bek.

Vorliegen einer Patientenverfügung nein ja

Vorliegen einer Vorsorgevollmacht nein ja

namhaft gemacht:

Aktuelle Pflegegeldstufe: Erhöhung beantragt: nein ja

Name der Person/Pflegeperson:
(die den Fragebogen ausgefüllt hat)

Ort (Einrichtung) und Datum:

Unterschrift:

- **Bitte bringen Sie eine Medikamentenverordnung von Ihrem Hausarzt mit!**
- **Bitte bringen Sie aktuelle/wichtige Arztbefunde mit!**

Arzt-Fragebogen

- anlässlich der Anmeldung zur Heim bzw. Wohnungsaufnahme -

Bitte alle Fragen vollständig beantworten und Zutreffendes ankreuzen.

**Adresse: ISD-Sozialservice, Haus am Markt,
Innrain 24, FAX: 0512/ 5331 - 7189**

nur vom behandelnden Arzt auszufüllen

Ich nehme zur Kenntnis, dass die ISD u.a. Patienten nicht aufnehmen kann, die über punktierten Portacath oder Subklavia-Anschluss versorgt werden müssen oder besonders aggressiv sind.

Name des Heimwerbers:

SVNr./Geburtsdatum:

Diagnosen

(Unter besonderer Berücksichtigung der für die Pflegebedürftigkeit relevanten Gesundheitsstörungen und Gebrechen)

Dementielle Erkrankung

Typ:

ja

nein

MMSE:

nicht erhoben

Besondere Vorsichtsmaßnahmen bei der Pflege geboten(Übertragbare Krankheiten, multiresistente Keime, Blutungsneigung, etc.): ja nein**Allergien** ja neinAnfälle ja neinSchwere Schmerzzustände ja neinErhebliche Störung der Sinnesfunktion ja neinStändige Aufsicht notwendig ja neinStändige psychologische Beobachtung notwendig ja nein**Infusionstherapie notwendig im Pflegeheim** ja nein

Infusionen:

*Hinweis: Die Infusionstherapie ist nur möglich, wenn der Hausarzt diese
Betreuungsleistung im Heim unterstützt. Deshalb bitte vorher unbedingt mit dem Hausarzt
Kontakt aufnehmen!***Besondere Verordnungen (RR-, BZ-Kontrollen, Bandagieren, etc. im Heim)** ja nein**Kostform:** Normalkost Schonkost Diabeteskost Breikost
 SondennahrungAnus Präter ja neinDauerkatheter ja neinMagensonde ja neinTrachealkanüle ja nein**Bitte legen Sie eine aktuelle Medikamentenverordnung für den Heimwerber bei!****Name des Arztes in Blockbuchstaben:****Ort (Einrichtung), Datum:****Stempel/Unterschrift:**