

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 (bitte in Blockbuchstaben):
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"/>
Mahlzeiten zu sich nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.:

.....

	nicht in der Lage	mit Hilfe	selbständig
Verrichtung der Notdurft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Kontrolle der Medikamenteneinnahme notwendig

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

Orientierungzu **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 :**Weglauff Tendenzen, Umherirren, etc** nein ja :

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

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

ja

nein

Typ:

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**COVID-19 Impfung** ja nein erwünscht**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:**