

Stammdaten:

Name:	Vorname:	Geboren:
Anschrift:		
Telefon:		

Angehörige/Betreuer:

Betreuer ☐

Name/Verwandtschaftsgrad:	
Adresse:	
Telefon/Handy:	
Besonderheiten:	

Betreuer ☐

Name/Verwandtschaftsgrad:	
Adresse:	
Telefon/Handy:	
Besonderheiten/Fixierung:	
Leistungsnachweis zuschicken an: ☐	
unterschreibt selbst: ☐	
Weitere Betreuung durch ☐ ambulante Pflege ☐ _____	Adresse: _____ _____ Telefon: _____ Ansprechpartner: _____

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Anwesenheitstage: ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ FreitagLiegt ein Pflegegrad vor: ☐ JA ☐ NEIN ☐ ist beantragt

Pflegekasse: _____ Versichertennr.: _____

Wenn JA, welcher Pflegegrad liegt vor:

☐ PG1 ☐ PG2 ☐ PG3 ☐ PG4 ☐ PG5Hausarzt:

Name:	
Adresse:	
Telefon:	

Abtretungserklärung: ☐ JA ☐ NEINBeihilfe: ☐ JA ☐ NEINMedikamente: ☐ keine ☐ morgens ☐ mittagsAllergien: ☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, welche: _____

Fahrservice: ☐ JA ☐ NEIN
☐ nur morgens ☐ nur nachmittagsRollstuhltransport: ☐ JA

Wie haben Sie von uns erfahren:

Wird für folgende Bereiche der Körperpflege, Ernährung und Mobilität dauerhaft Pflege benötigt?

- | | |
|--|--|
| ☐ im Bereich der Mobilität Gehen/Stehen | ☐ bei den Toilettengängen |
| ☐ beim An- und Auskleiden | ☐ bei der Nahrungsaufnahme |
| ☐ beim Aufstehen/Zubettgehen | ☐ bei mundgerechter Zubereitung der Nahrung |

Orientierungsstörungen

- | | | | |
|------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Zeitlich | ☐ Ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| Örtlich | ☐ Ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| Persönlich | ☐ Ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |
| Situativ | ☐ Ja | ☐ zeitweise | ☐ nein |

Bewegung

- Ohne Hilfsmittel ☐
- Mit Hilfsmittel ☐

Folgende Hilfsmittel werden benötigt:

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ Rollstuhl | ☐ Brille |
| ☐ Rollator | ☐ Hörgerät rechts/links/beidseits |
| ☐ Gehstock | ☐ Inkontinenzmaterial |
| ☐ Sonde/PEG | ☐ Dauerkatheter |

Kommunikation

- Sprachstörungen ☐
- Sehstörungen ☐
- Hörstörungen ☐

Gemütslage

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ freundlich | ☐ launisch | ☐ zurückgezogen |
| ☐ gesellig | ☐ ängstlich | ☐ optimistisch |
| ☐ kooperativ | ☐ traurig | ☐ pessimistisch |

Mittagsruhe

- ☐ keine ☐ im Bett ☐ im Sessel/Sofa

Kostformen

- ☐ Normalkost ☐ Schonkost

Abneigungen/Vorlieben: _____

Frühstück

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| ☐ Brot | ☐ Marmelade | ☐ Saft/Schorle |
| ☐ Brötchen | ☐ Honig | ☐ Kaffee mit Milch |
| ☐ Butter | ☐ Käse | ☐ Kaffee ohne Milch |
| ☐ Wurst | ☐ Mineralwasser | ☐ Tee |

Risikomanagement

Gefährdungsbereich	Nein	Ja	Risikofaktoren
Dekubitusgefahr			☐ Bewegungsminderung ☐ Inkontinenz ☐ Adipositas ☐ Kachexie ☐ Exsikkose ☐ Ödeme ☐ Durchblutungsstörungen ☐ vorgeschädigte Haut
Schmerzen			☐ chronische Schmerzen ☐ wiederkehrende Schmerzen ☐ Schmerzmitteleinnahme
Mangelernährung			☐ Gewichtsverlust in kurzer Zeit ☐ Immobilität ☐ Demenz ☐ Depression
Wunden			☐ Dekubitus, wo.... ☐ diabetisches Fußsyndrom ☐ Ulcus cruris, wo....
Harninkontinenz <i>Produkte:</i> _____ <i>Unterstützung:</i> _____ _____ _____			☐ brennen beim Wasserlassen ☐ verzögerter Beginn des Wasserlassens ☐ verlängertes Wasserlassen ☐ ständiger/unwillkürlicher Urinabgang ☐ nächtlicher Harndrang ☐ Gefühl der nicht vollständig entleerten Blase ☐ pressen beim Wasserlassen ☐ tröpfeln nach dem Wasserlassen ☐ eingeschr./fehlendes Gefühl der Blasenfüllung ☐ häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen
Sturzgefahr			☐ Sturz in den letzten 6 Monaten ☐ Stand-/Gangunsicherheit ☐ Schwierigkeiten beim Aufstehen ☐ Kognitive Defizite ☐ Psychopharmaka Einnahme ☐ Dranginkontinenz ☐ eingeschränkte Sehkraft, Hörkraft ☐ Bewusstseinsstörung ☐ starker Bewegungsdrang

Pflegerelevante Besonderheiten:

Datum: _____ Unterschrift: _____