

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 DER HEIMWERBERIN / 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.

0 = nicht in der Lage

1 = mit Hilfe

2 = selbständig

	0	1	2
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

	0	1	2
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"/>
Verrichtung der Notdurft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

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

	0	1	2
Die Medikamente in der verordneten Form einnehmen	<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.

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

.....

Besondere Hinweise/Bedürfnisse zu den Alltagsaktivitäten

.....

.....

.....

III. FUNKTIONEN

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

Orientierung zu räumlichen Aspekten (Zurechtfinden an Orten)

- im Wesentlichen ungestört
- leichte Beeinträchtigung
- schwere Beeinträchtigung

Gedächtnis

- im Wesentlichen ungestört
- leichte Beeinträchtigung
- schwere Beeinträchtigung

Besondere Hinweise

.....

.....

.....

.....

IV. BESONDERES (Bitte beurteilen Sie die letzten 30 Tage)Schmerzzustände nein ja :Wunden/Hautdefekte nein ja :

Auffälliges Verhalten (Schreien, Aggression, wehrt sich gegen Pflege)

 nein ja :

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

 nein ja :

Weglauff Tendenzen, Umherirren, etc.

 nein ja :**V. WICHTIGES ZUR WEITEREN BETREUUNG**

(Vorsichtsmaßnahmen, Termine, etc.)

.....
.....**Vorliegen einer Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht?** nein ja

wird hiermit namhaft gemacht

Bitte bringen Sie eine Medikamentenverordnung von Ihrem Hausarzt mit!

- Bitte bringen Sie aktuelle/wichtige Arztbefunde mit!

Name der Person/Pflegeperson

(die den Fragebogen ausgefüllt hat):

.....
Ort(Einrichtung)und Datum.....
Unterschrift

In den letzten 6 Monaten:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tagespflege | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege |
| <input type="checkbox"/> 24h Betreuung | <input type="checkbox"/> Sonstige Betreuung: | |

Aktuelle Pflegegeldstufe: **Erhöhung beantragt:** nein ja

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 der Heimwerberin /
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

(Ansteckende Krankheiten, Blutungsneigung, etc.):

ja

nein

.....
.....

Allergien ja nein

Anfälle

 ja nein

Schwere Schmerzzustände

 ja nein

Erhebliche Störung der Sinnesfunktion

 ja nein

Ständige Aufsicht notwendig

 ja nein

Ständige 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 etc. im Heim) ja nein

Anus Präter

 ja nein

Dauerkatheter

 ja nein

Magensonde

 ja nein

Trachealkanüle

 ja nein**Kostform:** Normalkost Schonkost Diabeteskost Breikost Sondennahrung

Bitte legen Sie eine aktuelle Medikamentenverordnung für die Heimwerberin /den Heimwerber bei!

Name des Arztes in Blockbuchstaben:**Ort(Einrichtung)und Datum am:****Unterschrift und Stempel:**