

Vor- & Zuname: _____

Geburtstag & -Ort: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geplante Aufnahme: _____

Herzschrittmacher: ja nein Marcumar: ja nein

I Soziale Aspekte

Pflegebereitschaft der Angehörigen: ja nein

Betreuer: ja nein

Einstufung Pflegeversicherung beantragt: ja am __. __. 20__ bewilligt Pflegegrad: _____ nein

II Körperpflege / Kleidung

	Ohne Hilfe	braucht Anregung	braucht Hilfe	Vollständige Hilfe	Bett	Bad	Waschbecken
Waschen							
Duschen / Baden							
Mundpflege							
Zahnprothese							
Rasieren							
An- & Auskleiden							
Hautbeschaffenheit	<input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> sonstiges: _____						
Pflegemittel	_____						

III Ausscheidungen

Flüssigkeitsbilanzierung: nein ja Gewichtskontrolle

Hilfestellung: nein Toilette Steckbecken Urinflasche Nachtstuhl

Stuhlinkontinez: nein ja gelegentlich

Anus praeter Versorgung: selbständig mit Hilfe vollst. Übernahme

Harninkontinenz: nein ja gelegentlich Blasenkatheter

Suprapubischer Harnblasenkatheter CH: _____ Gelegt/gewechselt am: _____

Harn/Stuhlinkontinez bisher versorgt mit folgendem Hilfsmittel (Art/Größe): _____

IV Bewegung

	Selbständig	Mit Anleitung	Mit Hilfsmitteln	Mit pers. Hilfe	Hilfsmittel & Hilfestellung	Bemerkung
Aufstehen						
Gehen						
Transfer						
Toilettengang						
Sitzen im Stuhl						

Beweglichkeit: aktiv passiv

Erforderliche Hilfsmittel: Rollator Rollstuhl Gehstock
 Toilettenstuhl Unterarmgehstütze Sonstiges: _____

Bettlägerig: nein ja Lagerungsart: _____

Lagerungswechsel / Häufigkeit: _____

V Ernährung

Kostform: _____

Hilfebedarf Nahrungsaufnahme: nein ja braucht Anregung
 braucht Hilfe vollst. Hilfe mundgerechte Zubereitung

Trinkverhalten: selbständig Trinken anregen tägl. Trinkmenge: _____ ml

Sondenkost: nein ja tägl. Menge Sondenkost: _____ ml
 tägl. Kalorienzufuhr: _____ kcal Tee: _____ ml

Verabreichung per: Spritze Schwerkraft Ernährungspumpe

Sondentyp: _____ Sonde gelegt am: ____ . ____ . ____

Parenterale Ernährung: nein ja

tägl. Kalorienzufuhr: _____ kcal tägl. Menge: _____ ml BMI: _____

VI Orientierung / Psyche

	Ja	Nein	Zeitweise	Bemerkung
Zeitlich				<input type="checkbox"/> Weglauftendenz
Örtlich				Sonstiges:
Persönlich				
Situativ				

VII Bewusstseinslage

wach ansprechbar somnolent komatös
 Sauerstoffgabe: _____ mal/h
 Absaugung: _____ x täglich

VIII Kommunikation

	Ohne Einschränkungen	Einschränkungen	Bemerkung
Sprache			
Sprachverständnis			
Gehör			
Sehen			

IX Schlaf

ungestört Schlafstörungen
 nächtliche Unruhezustände
 Besonderheiten (z. B. Hilfen, Gewohnheiten): _____

X Spezielle Aspekte/Pflegemaßnahmen

Dekubitus nein ja (Lokalisation s. Grafik) Grad/Größe: _____

Gefahr laut Norton-Skala: _____

Wunden (z. B. OP-Wunden, Ulcus cruris u.a.): _____

Versorgung: selbständig mit Hilfe

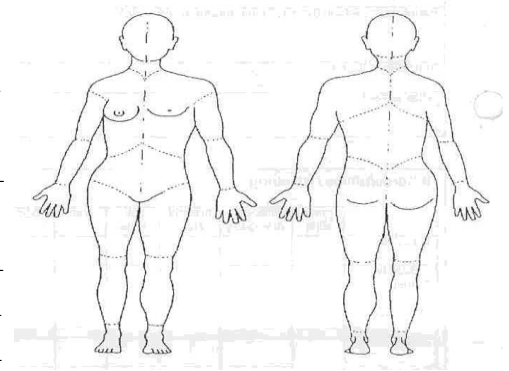
Pilzinfektion: ja, Lokalisation: _____

Allergien: _____

Letzte Thorax-Röntgen-Untersuchung: _____

Bisherige Versorgung: _____

Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche?): _____



Pflichtangabe:

TBC-frei: ja nein

MRSA-frei: ja nein

Hepatitis A-B-C-frei: ja nein

Sonstige Ansteckende Krankheiten: ja nein wenn ja, welche: _____

XI Bisherige Therapie/Sonstiges

Krankengymnastik

Ergotherapie

Logopädie

