**Pflegerelevanter Fragebogen**

**(von Angehörigen oder ggf. durch Pflegedienst auszufüllen)**

**(Zutreffendes bitte ankreuzen**  **bzw. ausfüllen)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name & Vorname:** | **Geburtsdatum:** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **bisherige Pflegesituation:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Durch wen wurde die Pflege bisher erbracht?** |
| durch Angehörige  durch ambulanten Pflegedienst  Sonstige: |
| Pflegebedürftigkeit lag bisher vor  ja  nein |

|  |
| --- |
| **Besonderheiten zur Pflegesituation:** |
| Pflege nur durch ein Geschlecht  weibliche Mitarbeiter  männliche Mitarbeiter  ausgeprägtes Schamgefühl  Abwehrverhalten bei der Pflege, in welcher Form |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Körperpflege  keine Angabe** | | | | |
|  | selbstständig | Anleitung/  Aufforderung | eingeschränkte Hilfe | vollständige Übernahme |
| Waschen |  |  |  |  |
| Duschen / Baden |  |  |  |  |
| Zahn / Mundpflege |  |  |  |  |
| An- / Auskleiden |  |  |  |  |
| Kämmen |  |  |  |  |
| Rasur |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilität  keine Angabe** | | | | | |
|  | | ja | nein | | Sonstiges: |
| sitzt überwiegend im Rollstuhl | |  |  | |  |
| ist überwiegend Bettlägerig | |  |  | |  |
| bewegt sich selbständig fort | |  |  | |  |
| bewegt sich mit Hilfsmitteln fort | |  |  | |  |
| bewegt sich mit Begleitung fort | |  |  | |  |
|  | | | | | |
| **Welche Hilfsmittel werden zurzeit eingesetzt?** | | | | | |
| Rollstuhl  Pflegerollstuhl | Rollator  Gehstock | | | sonstige: | |
| Müssen Hilfsmittel beantragt werden?  nein  ja, welche | | | | | |
| **Besteht eine Sturzgefährdung, bzw. hat es in der Vergangenheit vermehrt Stürze gegeben? Bekannte Sturzfolgen?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Wurden fixierende Maßnahmen, z. B. Bettgitter, durchgeführt?** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Ernährung** | | |
| Ist Hilfe bei der Nahrungsaufnahme erforderlich?  ja  nein | | |
| In welcher Form? | | |
| braucht Anregung | mundgerechte Zubereitung | vollständige Hilfe |
| Trinkverhalten: | selbstständig | Anhalten zum Trinken |
| Welche Hilfsmittel sind sinnvoll? |  |  |
| **Wie ist der Ernährungszustand?** | | |
| normal | untergewichtig | übergewichtig |
|  | untergewichtig biographiebedingt | übergewichtig biographiebedingt |
| **Wurde in den letzten Monaten unabsichtlich an Gewicht verloren?** | | |
| nein  ja, warum | | |
| **Bestehen Unverträglichkeiten / Allergien?** | | |
|  | | |
| **Welche Speisen und Getränke werden bevorzug eingenommen?** | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ausscheidung  keine Angabe** | |
| Ist eine Hilfestellung bei den Toilettengängen erforderlich?  ja  nein | |
| **Besteht Inkontinenz?** | Harninkontinenz |
| Stuhlinkontinenz |
| **Hilfsmittel:** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Bewusstseinslage / Kommunikation / Orientierung  keine Angabe** | | | | | | | |
| wach | ansprechbar | | schläfrig | | | nicht weckbar | |
| **Wie ist die *Orientierung* einzuschätzen?** | | | | | | | |
| zeitlich orientiert | | ja | | | nein | | gelegentlich |
| örtlich orientiert | | ja | | | nein | | gelegentlich |
| zur Person orientiert | | ja | | | nein | | gelegentlich |
| zur Situation orientiert | | ja | | | nein | | gelegentlich |
| nächtliche Unruhezustände | | ja | | | nein | | gelegentlich |
| Hinlauftendenzen | | ja | | | nein | | gelegentlich |
| Herausforderndes Verhalten | | ja | | | nein | | gelegentlich |
| Wenn ja wie zeigt es sich? Was lindert oder was verstärkt das Verhalten? | | | | | | | |
| **sonstige / weitere Verhaltensauffälligkeiten / Gefährdungen etc.** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Welche Maßnahmen wirken bei Unruhezuständen beruhigend?** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Kommunikation** | | | | | | | |
| problemlos  Sehstörung  Blindheit  Taubheit  Sprachstörung  Welche Sprachen werden verstanden? | | | | Besonderheiten: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Schlaf** | |
| ungestört  Schlafstörungen  nächtliche Unruhezustände  Ein- / Durchschlafstörung, was hilft: | Besonderheiten: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **persönliche Heil- / Hilfsmittel** | |
| Hörgerät  Brille  Zahnprothese  oben  unten | Sonstige: |
| **mitgebrachte Heil- / Hilfsmittel** | |
| 1.  2.  3.  4. | Eigentum von:  Eigentum von:  Eigentum von:  Eigentum von: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bemerkungen**  **Hinweise:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Name der ausfüllenden Person: |  |
| Unterschrift: |  |