**Pflegerelevanter Fragebogen**

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

**(Zutreffendes bitte ankreuzen** [x]  **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: |  |