

Pflegefragebogen bei Heimaufnahme

Bitte füllen Sie den Bogen vollständig und gut lesbar für uns aus.

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Hauptbezugspersonen:

Name: _____ Vorname: _____

- Ehemann Ehefrau Sohn Tochter Betreuer
 Sonstige: _____

Name: _____ Vorname: _____

- Ehemann Ehefrau Sohn Tochter Betreuer
 Sonstige: _____

Name: _____ Vorname: _____

- Ehemann Ehefrau Sohn Tochter Betreuer
 Sonstige: _____

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

.....

.....

.....

.....

.....

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Bewusstseinslage/ Orientierung

- wach ansprechbar schläfrig komatös

	Ohne Einschränkung	Einschränkung	Zeitweise eingeschränkt
Zeitlich			
Persönlich			
Örtlich			
Situativ			

Bearbeiterin:	Änderungsstatus	Prüfung	Datum d. Freigabe	Freigabe	Seite
A.Reuter	2	B.Heimersheim	07.10.2019	BH	1 von 6

Welche Einschränkungen in der Orientierung bestehen? Beschreiben Sie, bitte.

.....

.....

.....

Gibt es weitere Verhaltensauffälligkeiten?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdendes Verhalten | <input type="checkbox"/> wenn ja, welches? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Fremdgefährdetes Verhalten | <input type="checkbox"/> wenn ja, welches? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung | | |
| <input type="checkbox"/> Antriebsschwäche | | |

Kommunikation

	Einschränkungen		
	Ohne	Mit	Hilfsmittel
Sprache			
Sprachverständnis			
Gehör			
Sehen			
Schrift			

2. Mobilität und Beweglichkeit

Wie ist die Mobilität im Moment? Wie war es früher?

.....

.....

.....

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Selbstständiges Gehen möglich | |
| <input type="checkbox"/> auch außerhalb der Einrichtung möglich | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel: _____ |
| <input type="checkbox"/> innerhalb des Wohnbereiches selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel: _____ |
| <input type="checkbox"/> innerhalb des Zimmers | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel: _____ |

Hilfestellung notwendig bei folgenden Tätigkeiten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mobilisation/ Aufstehen | |
| <input type="checkbox"/> Transfer vom Bett in den Stuhl | |
| <input type="checkbox"/> Gehen mit Hilfsmittel und Begleitung | |
| <input type="checkbox"/> Lagerungen | <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> tagsüber und nachts |

Bearbeiterin:	Änderungsstatus	Prüfung	Datum d. Freigabe	Freigabe	Seite
A.Reuter	2	B.Heimersheim	07.10.2019	BH	2 von 6

GfA Gesellschaft für Altenpflege mbH Haus Mühlenbach Im Bendenberg 18 53127 Bonn	<h1>Qualitätsmanagement-Handbuch</h1>	Geltungsbereich: Pflege/ Hauswirtschaft/ sozialer Dienst
QM-Handbuch Kapitel 4.4.3		

Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel sind bereits vorhanden?

- Rollstuhl Rollator Gehhilfe/ Gehstock
 Toilettenstuhl Protektorenhose Sonstige Hilfsmittel: _____

Sind Sie in den letzten Monaten gestürzt? Haben Sie sich verletzt?

.....

3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

- Luftnot/ Husten ja nein bei Belastung
 Sauerstofftherapie ja nein bei Belastung
 Schlafapnoe ja nein

Allergien/ Unverträglichkeiten: ja nein welche:

Medikamenteneinnahme

- Selbstständig unter Aufsicht Überwachung der Einnahme

Wunden

- ja nein Wo? (Lokalisation)
 akute Wunde chronische Wunde
 Wundschmerz vorhanden? ja nein zeitweise

Infektionen z.B. Pilzinfektionen

- ja nein Wo? (Lokalisation)
 Behandlung begonnen? ja nein seit wann?
 Mit was?

Diabetes mellitus

- ja nein Insulinpflichtig, welches:
 Insulinverabreichung über: Pen Spritze Insulinpumpe

Blutzuckerkontrollen

- Selbstständig Unter Anleitung Übernahme vom Pflegepersonal
 Häufigkeit der Kontrollen:
 Morgens Mittags Abends Nachts Sonstiges:

Bearbeiterin:	Änderungsstatus	Prüfung	Datum d. Freigabe	Freigabe	Seite
A.Reuter	2	B.Heimersheim	07.10.2019	BH	3 von 6

<i>GfA Gesellschaft für Altenpflege mbH Haus Mühlenbach</i> Im Bendenberg 18 53127 Bonn	<h1>Qualitätsmanagement-Handbuch</h1>	<i>Geltungsbereich: Pflege/ Hauswirtschaft/ sozialer Dienst</i>
QM-Handbuch Kapitel 4.4.3		

Schmerzen

Haben Sie Schmerzen? Wo haben Sie Schmerzen? Wenn ja, seit wann? Sind Schmerzen in nächster Zeit zu erwarten?

.....

.....

.....

akuter Schmerz chronischer Schmerz

Schmerzlokalisierung?

Schmerzintensität?

Regelmäßige Schmerzmitteleinnahme?

Bedarfsmedikamente?

Was hilft Ihnen bei Schmerzen? (Kälteanwendungen, Wärme, Entspannungsübungen, Ruhe?)

.....

.....

Benötigen Sie außerdem **spezielle Pflegemaßnahmen**?

Überwachung/ Kontrolle von:

Blutdruck Puls Temperatur Atmung

Zu- und Ableitungen:

Port PEG PEJ Herzschrittmacher Defibrillator

Tracheostoma Urostoma Anus Praeter

Blasenkatheter SPDK

Sonstiges:

Multiresistente Erreger

MRSA, Lokalisation:

MRGN, Lokalisation:

Sonstiges:

4. Selbstversorgung

Welche Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten haben Sie in Bezug zur **Grundpflege**? (Körperpflege, Kleidung, Essen und Trinken)

.....

.....

.....

.....

Bearbeiterin:	Änderungsstatus	Prüfung	Datum d. Freigabe	Freigabe	Seite
A.Reuter	2	B.Heimersheim	07.10.2019	BH	4 von 6

GfA Gesellschaft für Altenpflege mbH Haus Mühlenbach Im Bendenberg 18 53127 Bonn	<h1>Qualitätsmanagement-Handbuch</h1>	<i>Geltungsbereich:</i> Pflege/ Hauswirtschaft/ sozialer Dienst
QM-Handbuch Kapitel 4.4.3		

Körperpflege, inklusive Ankleiden, Mund- und Zahnpflege

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> Überwiegend Selbstständig |
| <input type="checkbox"/> Überwiegend Unselbstständig | <input type="checkbox"/> Unselbstständig |

Ausscheidungen

Toilettengänge, inklusive Einlagenwechsel, Intimpflege

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> Überwiegend Selbstständig |
| <input type="checkbox"/> Überwiegend Unselbstständig | <input type="checkbox"/> Unselbstständig |

- Urininkontinenz ja nein
 Stuhlinkontinenz ja nein

Versorgung mit:
 Versorgung mit:

Essen und Trinken

Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, inklusive Vorbereitung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> Überwiegend Selbstständig |
| <input type="checkbox"/> Überwiegend Unselbstständig | <input type="checkbox"/> Unselbstständig |

Zusatznahrung/ Sondenkost

ja nein Welche:

Verabreichung

- oral Ernährungspumpe Schwerkraft Spritze

5. Leben in Sozialen Beziehungen

Bitte beschreiben Sie kurz, was Ihnen wichtig ist. Zum Beispiel:

Sind Sie ein geselliger Mensch? Wie gestalten Sie ihre Freizeit? Welchen Beruf haben Sie ausgeübt? Was macht das Leben für Sie lebenswert? Praktizieren Sie einen Glauben? Was wünschen Sie sich für die Zeit bei uns im Hause? Sind Sie gerne in der Gruppe aktiv oder ziehen Sie Einzelangebote vor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Wohnen und Häuslichkeit

Wie sollte das Zimmer gestaltet sein? Was ist Ihnen wichtig?

.....

.....

Bearbeiterin:	Änderungsstatus	Prüfung	Datum d. Freigabe	Freigabe	Seite
A.Reuter	2	B.Heimersheim	07.10.2019	BH	5 von 6

