

Informationssammlung Heimaufnahme / Kurzzeitpflege

Persönliche Daten		
Name:	Vorname:	Geburtsname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Familienstand:
Pflegekasse:	Pflegegrad:	Konfession:
1. Ansprechpartner(in): _____		
Anschrift: _____		
Telefon: _____ wie verwandt? _____		
<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vollmacht / Patientenverfügung		
<u>Betreuer / Bevollmächtigter</u>		
Name: _____		
Anschrift: _____ Telefon: _____		
Bitte legen Sie uns eine Kopie der gesetzlichen Bestellung / der Vollmacht / Patientenverfügung vor!		
Rezeptgebühren befreit? <input type="checkbox"/> ja, bis _____ <input type="checkbox"/> nein		
Letzter Aufenthalt im Krankenhaus:		
Grund:		
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät: <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese		
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten		
<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung		
<input type="checkbox"/> Duschstuhl <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl		
Bemerkungen:		

Änderungs- status:	Seite	Ausgabedatum	Bearbeiter	Freigabe
1	1 von 4	Juli 2019	QB	Einrichtungsleiter

Ärzte / Medikamentengabe / Diagnosen

behandelnde Ärzte: _____ _____ _____	Fachgebiet: (Hausarzt, Zahnarzt, etc) _____ _____ _____	Telefon: _____ _____ _____
---	--	-------------------------------------

Medikation:

 Bitte fügen Sie dieser Informationssammlung eine aktuelle, schriftliche, vom Arzt unterzeichnete Verordnung bei sowie ein aktuelles Diagnoseblatt bei.

 Hilfe beim Stellen der Medikamente wird benötigt
 Hilfe bei der Medikamenteneinnahme wird benötigt
Diagnosen, die für die Pflege von Bedeutung sind, falls noch kein ärztliches Diagnoseblatt vorliegt::

 Allergien: ja nein Herzschrittmacher

Welche?: _____

Mobilität und Körperpflege

	ohne Hilfe	mit Hilfe	braucht Anleitung	Bemerkungen
Gehen / Stehen				
Treppen gehen				
Aufstehen				
Zubettgehen				
Ankleiden				
Auskleiden				
Bad / Dusche				
Waschen				
Kämmen				
Rasieren				
Mund-Zahnpflege				
Gang zur Toilette				

 Medizinische Fußpflege wird kostenpflichtig erwünscht durch:

 Hausinterner Frisörbesuch erwünscht? ja nein Häufigkeit:

Änderungs- status:	Seite	Ausgabedatum	Bearbeiter	Freigabe
1	2 von 4	Juli 2019	QB	Einrichtungsleiter

Hautbild
Haut: <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> schuppig <input type="checkbox"/> Rötung, wo? _____ Allergien, worauf? _____ Hämatome an: _____ Wunde / Verletzung, wo? _____ Dekubitus (Druckgeschwür) an _____ Bitte der Informationssammlung eine <u>aktuelle, vom behandelnden Arzt unterzeichnete, schriftliche Verordnung der Wundbehandlung</u> beifügen! Danke!
Ausscheiden können
Stuhlgang: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja Urininkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja Einlagen: <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> nachts Blasenverweilkatheter: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Sonstiges: _____
Bewusstsein / Kommunikation / Sicherheit
Orientierung: zeitlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein Hörvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt persönlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein Sehvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt örtlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein Risiken werden: <input type="checkbox"/> eingeschätzt <input type="checkbox"/> nicht eingeschätzt <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Sturzgefährdung <input type="checkbox"/> Raucher Bemerkungen: _____
Essen und Trinken
Kostform: <input type="checkbox"/> gemischt <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> passiert <input type="checkbox"/> fleischlos <input type="checkbox"/> Diabeteskost <input type="checkbox"/> Diabetes BE _____ <input type="checkbox"/> Sondennahrung (Menge und Häufigkeit von Tee und Sondennahrung) _____ Mundgerechte Zubereitung nötig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schluckstörungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Essen: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> verabreichen Trinken: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> verabreichen <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> wenig Allergie auf: _____ Vorlieben / Abneigungen: _____ Bemerkungen: _____

Änderungs- status:	Seite	Ausgabedatum	Bearbeiter	Freigabe
1	3 von 4	Juli 2019	QB	Einrichtungsleiter

Ruhen und Schlafen	
<input type="checkbox"/> Einschlafstörung <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung <input type="checkbox"/> gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Bauchgurt Aufstehzeit: ca. _____ Zubettgehzeit: ca. _____ Mittagsruhe: <input type="checkbox"/> im Sessel <input type="checkbox"/> im Bett Ist Lagewechsel erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bemerkungen:	
Psychische Situation	
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> aufgeregt <input type="checkbox"/> traurig gestimmt <input type="checkbox"/> Suchterkrankung	Bemerkungen:
Sich beschäftigen	
bevorzugte Beschäftigung: <input type="checkbox"/> liest viel <input type="checkbox"/> spricht gerne <input type="checkbox"/> sieht oft fern <input type="checkbox"/> singt gerne	Bemerkungen:
Post	
<input type="checkbox"/> direkt an Bewohner übergeben	<input type="checkbox"/> wird im Dienstzimmer durch Bevollmächtigten abgeholt und nicht nachgesendet

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Änderungs- status:	Seite	Ausgabedatum	Bearbeiter	Freigabe
1	4 von 4	Juli 2019	QB	Einrichtungsleiter