

Vor- und Zuname : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse : \_\_\_\_\_

Da wir die medizinische und pflegerische Betreuung unserer Kunden und deren Bedürfnissen angepasst in unserer Einrichtung gewährleisten wollen, bitten wir um genaue Angaben der folgenden Fragen:

- Es wird ein Pflegeheimplatz benötigt      **Wenn ja, welche Pflegestufe laut Pflegekasse liegt vor :**  
 **Eine Pflegestufe liegt bereits vor**     
  Stufe 0     Stufe 1     Stufe 2     Stufe 3

**Es wird in folgenden Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität dauerhaft Pflege benötigt :**

<input type="checkbox"/> beim Waschen	<input type="checkbox"/> beim Baden und Duschen	<input type="checkbox"/> bei der Zahnpflege
<input type="checkbox"/> beim Kämmen und Rasieren	<input type="checkbox"/> bei der Blasen u. Darmentleerung	<input type="checkbox"/> beim Verabreichen von Nahrung
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/> im Bereich der Mobilität	<input type="checkbox"/> beim Gehen und Stehen
<input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> bei mundgerechter Zubereitung der Nahrung

**Es wird dauerhafte hauswirtschaftliche Leistung benötigt :**

- beim Waschen der Kleidung     sonstiges : \_\_\_\_\_

**Folgende Erkrankungen sind auszuschließen :**

<input type="checkbox"/> ansteckende Erkrankungen (z.B. Tbc)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> chronische psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> chronische bakterielle Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Die pflegerische Versorgung wurde bisher durchgeführt :**

<input type="checkbox"/> in der Klinik	<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> in einer anderen Pflegeeinrichtung
<input type="checkbox"/> im Bezirkskrankenhaus	<input type="checkbox"/> in der Rehaklinik	<input type="checkbox"/> Sozialstation <input type="checkbox"/> _____

**Gemütsstimmung :**

<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> kooperativ
<input type="checkbox"/> launisch	<input type="checkbox"/> gesellig	<input type="checkbox"/> zurückgezogen

**Folgende Hilfsmittel werden genutzt/sind nötig :**

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Gehwagen/Rollator
<input type="checkbox"/> Gehstock/Krücken	<input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Brille/Leselupe	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel/Einlagen	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter/Cystofix	<input type="checkbox"/> Lagerungsmaterial	<input type="checkbox"/> _____

**Es werden folgende Kostformen ärztlich angeordnet :**

<input type="checkbox"/> Diabeteskost	<input type="checkbox"/> Dialysekost	<input type="checkbox"/> Leber/Galle-Schonkost	<input type="checkbox"/> ballaststoffarme Kost
<input type="checkbox"/> ballaststoffreiche Kost	<input type="checkbox"/> Sondenkost	<input type="checkbox"/> Aufbaunahrung	<input type="checkbox"/> _____

**Folgende therapeutische Maßnahmen wurden bisher durchgeführt:**

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> _____
---	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

**Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welcher Art :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ist der/die Kunde/In:**

zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

Medikamente:	mo	mi	ab	na	Medikamente:	mo	mi	ab	na

**Diagnosen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
des Arztes