



Pflegerischer Fragebogen

Um den Einzug des zukünftigen Bewohners zu erleichtern bitten wir Sie als betreuende Person diesen Fragebogen vollständig zu beantworten. Gerne können fachärztliche Befunde und/oder aktuelle Pflegebriefe beigelegt werden.

Angaben zur Person

Nachname	Vorname
Geboren am	Vers. Nr.:

1. Essen und Trinken

- selbständig
- Nahrung muss vorbereitet werden, isst selbst
- muss zum Essen angehalten werden
- Hilfe beim Essen notwendig

2. Mobilität

- selbständig ohne Hilfen
- selbständig mit Hilfen: _____
- Fortbewegung nur mit Personenhilfe oder Rollstuhl
- bekanntes Sturzgeschehen
- bettlägrig seit: _____

3. Ausscheidung

- ungestört
- leicht eingeschränkt, jedoch alleine möglich
- kontrolliert. Fremdhilfe notwendig (Leibstuhl, Schüssel)
- Inkontinenz
- Einlagen notwendig: _____
- Dauerkatheter



4. Körperpflege / Kleiden

- selbständig
 tägliche Hilfe, welche:

- wird völlig durch Dritte übernommen

5. Psychische Situation

- | | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| situativ orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| traurige Stimmung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| euphorische Stimmung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Selbstgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |

6. Behandlungspflege

- selbständiger Umgang mit Medikamenten
 Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten
 Insulin: selbständig braucht Hilfe
 Verbände/Therapien, welche:

Datum: _____

betreuende Person: _____