

Wohn- und Pflegeheim Vorderes Stubaital

Pflegerischer Fragebogen

Wir bitten Sie als Angehörige oder Pflegende, diesen Fragebogen vollständig zu beantworten. Je ausführlicher und genauer der Pflegerische Zustand unseres zukünftigen Bewohners aufgezeigt wird, umso leichter und problemloser kann die Aufnahme in unser Haus erfolgen

Angaben zur Person

| | | |
|---------------------|-------------|-------------------------|
| Vorname/Name | geboren am: | dzt. Wohnhaft/Anschrift |
| Versicherungsträger | SVNr. | Hausarzt |

Ist oder war in der letzten Zeit eine Pflege zeitweise oder ständig notwendig? Ja Nein

Warum ist der Wohnortwechsel in das Wohn- und Pflegeheim erforderlich?

Ist der zukünftige Bewohner über die geplante Heimaufnahme informiert worden? Ja Nein

| Angaben zur Orientierung | uneingeschränkt | eingeschränkt | desorientiert |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| zur Person | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zur Zeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zum Ort | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zur Situation | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | |
|-----------------------|--|--|---|
| Angaben zum Verhalten | <input type="radio"/> ausgeglichen | <input type="radio"/> introvertiert | <input type="radio"/> depressiv |
| | <input type="radio"/> Tags unruhig | <input type="radio"/> Nachts unruhig | <input type="radio"/> Weglauftendenz |
| | <input type="radio"/> Selbstgefährdung | <input type="radio"/> Gefährdung anderer | <input type="radio"/> Wahnvorstellungen |

Hilfsbedarf **selbstständig** **Anleitung** **teilweise Übernahme** **vollständige Übernahme**

Mobilität

An/Auskleiden

Aufstehen/zu Bett gehen

Gehen

Körperpflege

Waschen

Duschen

Zahn-/Prothesen-/Mundpflege

Kämmen

Rasieren

Ernährung

Mundgerecht schneiden

Nahrungsaufnahme

Sondennahrung Ja Nein

Ausscheidung

Blasenentleerung

Stuhlgang

Sind Pflegehilfsmittel vorhanden bzw. notwendig? (Rollstuhl, Rollator, Stock, Stoma ect.)

Ja Nein Wenn Ja welche? _____

Liegen Hautdefekte vor? (Ulcus cruris, Decubitus, usw....)

Ja Nein Wenn Ja wo? _____

Wird Harn oder Stuhl über Katheder oder Stoma abgeleitet?

Ja Nein Wenn Ja über welche? _____

Harn- bzw. Stuhlinkontinenz?

Ja Nein

Herzlichen Dank für die sorgfältige Beantwortung der oben angeführten Punkte.

Datum: _____

Unterschrift: _____