

**FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ Wohnort	Name des Krankenhauses, falls zz. stationär

**Somatische und psychiatrische Erkrankungen,**  
 die die Selbstständigkeit so weit einschränken, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Besondere Hinweise:**

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus        Antiepilektiktherapie        Antikoagulationstherapie      
 Allergien: \_\_\_\_\_ Implantate \_\_\_\_\_

<b>Körperpflege</b>	<b>Hilfebedarf Täglich</b>	<b>Zeitweise</b>	<b>Nein</b>
Teilwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Darm-/Blasenentleerung</b>		<b>Hilfebedarf Täglich</b>	<b>Zeitweise</b>	<b>Nein</b>
Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. Toilettensstuhl, Urinflasche Intimpflege/Richten der Kleidung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Versorgt mit:</b>	<b>Ja</b>			
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Ernährung</b>		<b>Hilfebedarf Täglich</b>	<b>Zeitweise</b>	<b>Nein</b>
Mundgerechte Zubereitung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Benötigt:</b>	<b>Ja</b>			
Sonderernährung	<input type="checkbox"/>			
Besondere Kostformen	<input type="checkbox"/>			
				Welche: _____

Mobilität	Hilfebedarf Täglich	Zeitweise	Nein
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender <input type="checkbox"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Begleitpersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig <input type="checkbox"/> nicht selbstständig <input type="checkbox"/>			
Beim Gehen mit folgenden Hilfsmitteln _____			

Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit

Wird regelmäßig mobilisiert

Nicht mehr mobilisierbar

Kontrakturen  Lokalisation \_\_\_\_\_

Dekubitus  Lokalisation \_\_\_\_\_

Lähmungen  Lokalisation \_\_\_\_\_

### ALLTAGSKOMPETENZ

#### Pflegerrelevante Störungen in folgenden Bereichen:

Sehvermögen <input type="checkbox"/>	Tag-/Nachtrhythmus <input type="checkbox"/>	Psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/>	Desorientierung
Hörvermögen <input type="checkbox"/>	Kooperationsbereitschaft <input type="checkbox"/>	Selbst-Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>	zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/>
Sprachvermögen <input type="checkbox"/>	Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/>	Weglauftendenz <input type="checkbox"/>	situativ <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/>

#### Erläuterungen:

Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich (z.B. Bettgitter)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Pflegeleistungen während der Nacht erforderlich?  jede Nacht  zeitweise  nein

Welche und wie oft? \_\_\_\_\_

Regelmäßige Behandlungspflege: \_\_\_\_\_

Suchterkrankungen: Alkohol  Medikamente  Nikotin  sonstige \_\_\_\_\_

Ist eine stationäre Rehabilitation geplant?  ja  nein

Könnte durch eine Rehabilitation der Hilfebedarf verringert werden  ja  nein

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (BSeuchG)?  ja  nein

Letzte Thorax Aufnahme vom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel Hausarzt/-ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klinikarzt/-ärztin und Unterschrift Pflegefachkraft (falls Patient/in  
zz. im Krankenhaus)