

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____ Versicherungsnr: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

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
 Pflegegrad liegt bereits vor PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5 beantragt

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

<input type="checkbox"/> beim Waschen, Baden und Duschen	<input type="checkbox"/> bei der Zahnpflege	<input type="checkbox"/> beim kämmen und rasieren
<input type="checkbox"/> bei der Blasen- und Darmentleerung	<input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> im Bereich der Mobilität
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/> beim Gehen und stehen	<input type="checkbox"/> beim Treppensteigen
<input type="checkbox"/> bei mundgerechter Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/> beim Verabreichen von Nahrung	<input type="checkbox"/> _____

Es wird dauerhafte hauswirtschaftliche Leistung benötigt:

- beim Waschen der Kleidung sonstiges: _____

Folgende Erkrankungen sind auszuschließen:

<input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten (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"/> in der Rehaklinik	<input type="checkbox"/> im Bezirkskrankenhaus
<input type="checkbox"/> in einer anderen Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> Sozialstation

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

Erstellt durch:
STL HL
Datum:
27.04.2005

Zuletzt geändert durch:
LQMB Abt. 6 + 7
Datum:
24.07.2024

Geprüft von:
Leitg. VW RHS
Datum:
24.07.2024

Freigegeben durch:
LQMB Abt. 6 + 7
Datum:
29.07.2024

Version:
DIN EN ISO 9001:2015
4.0

Es werden folgenden Kostformen ärztlich angeordnet:

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

Folgenden 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:

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes

Erstellt durch:
STL HL
Datum:
27.04.2005

Zuletzt geändert durch:
LQMB Abt. 6 + 7
Datum:
24.07.2024

Geprüft von:
Leitg. VW RHS
Datum:
24.07.2024

Freigegeben durch:
LQMB Abt. 6 + 7
Datum:
29.07.2024

Version:
DIN EN ISO 9001:2015
4.0