

## Pflegerischer Aufnahmebogen

### Von Bewohner und/oder Angehörigen auszufüllen

**Name/ Vorname:** ..... **Geb.Dat.** .....

Liebe/r Bewohner/in, liebe Angehörige, um Sie schon im Vorfeld etwas kennen zu lernen, erbitten wir Ihre Mitarbeit. Füllen Sie bitte diesen Bogen nach bestem Wissen aus; sofern Unklarheiten bestehen, werden wir mit Ihnen darüber am Aufnahmetag sprechen. Unser Ziel ist es, dass Sie bei uns ein neues Zuhause finden, in dem Sie sich wohlfühlen können.

Wir freuen uns auf Sie.

Das Pflegepersonal der Heiliggeist-Spital-Stiftung Schongau

**Ist eine Einstufung durch den MDK bereits erfolgt?**  Ja  Nein  
 Pflegegrad \_\_\_\_\_

**Ist ein Antrag auf Einstufung/Höherstufung gestellt?**  Ja  Nein

**Eingeschränkte Alltagskompetenz nach §87b?**  Ja  Nein

Können Sie gehen  Ja  Nein Strecke in Meter ca. \_\_\_\_\_

Können Sie Treppensteigen  Ja  Nein

Sind Sie ständig bettlägerig  Ja  Nein  Nicht immer

Sind Sie örtlich orientiert  Ja  Nein  Nicht immer

Sind Sie zeitlich orientiert  Ja  Nein  Nicht immer

Wie lange schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht: \_\_\_\_\_ Stunden

Ich brauche Schlafmittel

Zuhause verwendete Medikamente, die nicht vom Arzt verordnet wurden: (z.B. bei Kopfschmerzen)

### **Fremde Hilfe brauchen Sie beim: (bitte Zutreffendes ankreuzen)**

Essen  An-/auskleiden

Baden/Duschen  Waschen

Bearbeiter	Freigabe	Version	Datum	Seite
Fr. Scholl	Hr. Osterried	2	16.03.2026	Seite <b>1</b> von <b>4</b>

- Zähneputzen / Prothesenpflege       Zubettgehen  
 Aufstehen       Rasieren  
 Frisieren / Kämmen  
 Toilettengang Urin       Toilettengang Stuhlgang  
 Ich benötige Einlagen  
 Nachts zum Umdrehen / Umlagern wie oft ungefähr: \_\_\_\_\_ mal  
Hilfsmittel vorhanden       Ja       Nein

Wenn ja, welche? (z.B. Rollstuhl, Gehwagen) \_\_\_\_\_

Ich habe folgende körperliche Behinderungen. (z.B. Sehen/ Hören/ Sprechen/  
Bewegungseinschränkung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Größe ca: \_\_\_\_\_ cm Gewicht ca: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren (> 3 Kg) oder hat sich Ihr  
Appetit verändert?

Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Kilogramm abgenommen:

\_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Veränderung Ihres Appetits:

\_\_\_\_\_

Ich bin normalerweise ein     fröhlicher     trauriger     eher ernster Mensch

Seelsorgerische Betreuung ist mir     wichtig     unwichtig     möchte ich nicht

Ich habe eine Patientenverfügung  Ja  Nein

Hätte gerne Infos darüber

Im Notfall soll benachrichtigt werden:

\_\_\_\_\_

Name/Vorname

Tel.Nr. tagsüber und abends

Sofern dort niemand erreichbar:

Bearbeiter	Freigabe	Version	Datum	Seite
Fr. Scholl	Hr. Osterried	2	16.03.2026	Seite 2 von 4

Name/Vorname

wie Verwandt

Tel.Nr. tagsüber und abends

wie Verwandt

Jederzeit  Ja  Nein

Falls nein, nur

Werden zuhause Bettgitter, Sicherheitsgurt oder Tisch am Rollstuhl verwendet?

 Ja  Nein

Wenn ja, was?

**Um die Organisation in unserem Hause auf ihre Bedürfnisse und Belange abstellen zu können, beantworten Sie uns bitte noch folgende Fragen:**

Pfleagemittel (z.B. Shampoo, Seife, etc.) sollen durch Angehörige beschafft werden.

Ist dies möglich?  Ja  Nein

Wenn ja, durch wen?

Durch Pflegekräfte gewünscht  Ja  Nein

Friseur/Fußpflege:

In unserem Hause bietet ein Friseur (Friseursalon im Hause) und 1 Fußpflegerinnen ihre Dienste an, die bei Bedarf auch zu Ihnen aufs Zimmer kommen. Sie können jedoch auch andere Angebote von außerhalb oder im privaten Kreise nutzen.

**Ich möchte folgende kostenpflichtige Angebote im Hause nutzen:**
Friseur  Ja  Nein (Wenn ja, wie oft \_\_\_\_ Wochen/bei Bedarf)Fußpflege  Ja  Nein (Wenn ja, wie oft \_\_\_\_ Wochen/bei Bedarf)

(bitte nicht Zutreffendes streichen)

Bearbeiter	Freigabe	Version	Datum	Seite
Fr. Scholl	Hr. Osterried	2	16.03.2026	Seite <b>3</b> von <b>4</b>

Welche Vorlieben bzw. Abneigungen haben Sie, die für unsere tägliche Arbeit mit Ihnen wichtig wären oder sind. (z.B. bade gerne, gehe spät ins Bett usw.)

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

**Wir bemühen uns um Individualität in der Pflege und bitten sie um eine kurze Lebenslaufbeschreibung auf unserem separaten Biografie Bogen.**

Ihre Informationen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bearbeiter	Freigabe	Version	Datum	Seite
Fr. Scholl	Hr. Osterried	2	16.03.2026	Seite 4 von 4