

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

Können Sie gut schlafen 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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> Waschen |
| <input type="checkbox"/> Zähneputzen/ Prothesenpflege | |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | <input type="checkbox"/> Zubettgehen |
| <input type="checkbox"/> Frisieren/Kämmen | <input type="checkbox"/> Rasieren |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang Urin | <input type="checkbox"/> Toilettengang Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Nachts zum Umdrehen/Umlagern/ wie oft ungefähr: _____ mal | <input type="checkbox"/> Ich benötige Einlagen |

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 _____ wie verwandt

Sofern dort niemand erreichbar:

Name/Vorname

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:

Pflegemittel (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 bieten ein Friseur (Friseursalon im Hause) und 2 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.

Stand Januar 2017

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)

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 Biografiebogen.

Ihre Informationen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.