

Pflegerischer Fragebogen

für Einrichtung (Name des Hauses): _____

Bitte vollständig bearbeiten und
in einem **verschlossenen** Umschlag
zur Weiterleitung mitgeben!

1. **Vor- und Nachname:** _____

Geburtsdatum: _____

2. **Hausarzt/-ärztin:** _____

3. **Mobilität**

Gehen ja nein gelegentlich
Stehen ja nein gelegentlich
Sitzen ja nein gelegentlich
Treppensteigen ja nein gelegentlich

Benötigte Hilfsmittel: Gehstock Rollator Rollstuhl

4. **Sehen** normal eingeschränkt blind
Hören normal eingeschränkt taub
Sprechen normal eingeschränkt kann sich nicht äußern

Hilfsmittel: _____

5. **Körperpflege**

Gesicht ohne Hilfe mit Anleitung/nach Aufforderung Übernahme
Oberkörper ohne Hilfe mit Anleitung/nach Aufforderung Übernahme
Unterkörper ohne Hilfe mit Anleitung/nach Aufforderung Übernahme
Kämmen ohne Hilfe mit Anleitung/nach Aufforderung Übernahme
Rasieren ohne Hilfe mit Anleitung/nach Aufforderung Übernahme
An- und Ausziehen ohne Hilfe mit Anleitung/nach Aufforderung Übernahme
Zahn- u. Mundpflege ohne Hilfe mit Anleitung/nach Aufforderung Übernahme
Duschen/Baden ohne Hilfe mit Anleitung/nach Aufforderung Übernahme

Bemerkung: _____

6. **Ernährung**

Nahrungsaufnahme selbständig benötigt Hilfe
Mundgerechte Zubereitung selbständig benötigt Hilfe
Flüssigkeitsaufnahme selbständig benötigt Hilfe

Hilfsmittel: _____

7. **Sind Wunden vorhanden?** nein ja

Wenn ja, wo? _____

8. Ausscheidung

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Beherrschung Urin | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beherrschung Stuhlgang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hilfsmittel: _____

Wird Hilfe beim Toilettengang benötigt?

tagsüber: ja nein nachts: ja nein

9. Psychische Situation

- | | | | | |
|--------------------------|-----------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Orientiert hinsichtlich: | Zeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| | Ort | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| | Situation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| | Person | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |

- | | | | | |
|---------|-----------|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| Unruhe: | bei Tag | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> keine |
| | bei Nacht | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> keine |

- | | | | |
|----------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Stimmungslage: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> antriebsarm |
| | <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> konzentrationsgemindert | <input type="checkbox"/> wahnhaft |

Bemerkung: _____

10. Sonstiges

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sturzgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Weglaufgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Selbstgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkung: _____

Vielen Dank!

Ausgefüllt von:

Ort, Datum

Hinweise zum Datenschutz:

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden im Falle des Zustandekommens eines Vertrages elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben gespeichert.

Sie dienen zur Sicherstellung einer ganzheitlichen pflegerischen Versorgung und werden vertraulich behandelt.

Einsicht haben die mit der Versorgung und Betreuung beauftragten Personen und Berufsgruppen in dem Maße, wie es zu deren Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Eine Weitergabe von Daten an Dritte geschieht nur unter der Maßgabe einer gesetzlichen Grundlage, Rechtsvorschrift oder persönlichen Einwilligung.

Wir weisen darauf hin, dass betroffene Personen das Recht auf Einsicht in die über sie gespeicherten Daten haben.