

Pflegerischer Bericht

(auszufüllen von pflegenden Angehörigen oder Pflegepersonal)

(bitte leserlich ausfüllen!)

1. Persönliche Daten

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Krankenkasse: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Einstufungsantrag gestellt

2. Körperpflege

Waschen: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Duschen: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Baden: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Zahnpflege: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe
Zahnprothese: oben: ja nein unten: ja nein

Frisieren: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Rasieren: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Darm- und Blasenentleerung: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Harninkontinenz: ja nein gelegentlich

Blasenkatheder: ja nein

Stuhlinkontinenz: ja nein gelegentlich

Künstlicher Darmausgang: ja nein

Neigt zu Durchfällen: ja nein Neigt zu Verstopfung: ja nein

3. Ernährung

Mundgerechte Zubereitung der Nahrung: selbständig mit Anleitung mit Hilfe ohne eigene Mithilfe

Aufnahme der Nahrung: selbständig mit Anleitung mit Hilfe ohne eigene Mithilfe
 lehnt Hilfe ab

4. Mobilität

Aufstehen und Hinlegen: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

An- und Ausziehen: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Gehen: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Stehen: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Sitzen: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Treppensteigen: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Verlassen/Aufsuchen des Zimmers: selbständig mit Anleitung mit Unterstützung ohne eigene Mithilfe

Werden Hilfsmittel (Gehwagen, Rollstuhl etc.) benötigt?

ja, und zwar: _____ nein

Hilfsmittel werden mitgebracht/ sind beantragt/ müssen beantragt werden

5. Sinnesorgane

Hören: normal eingeschränkt nicht mehr möglich

Sehen: normal eingeschränkt nicht mehr möglich

Sprechen: normal eingeschränkt nicht mehr möglich

Werden Hilfsmittel (Brille, Hörgerät etc.) benötigt?

ja, und zwar: _____ nein

Hilfsmittel werden mitgebracht/ sind beantragt/ müssen beantragt werden

6. Orientierung

Zeitliche Orientierung (Bekanntsein des Tages, des Datums, des Jahres, der Jahreszeit):

ja nein wechselnd

Örtliche Orientierung (findet selbständig das Zimmer, die Toilette, das Bett):

ja nein wechselnd

Situative Orientierung (kann sich auf wechselnde Situationen einstellen und entsprechend handeln):

ja nein wechselnd

Persönliche Orientierung (kann über sich selbst Auskunft geben):

ja nein wechselnd

7. Stimmungslage

freundlich: ja nein zeitweise

ängstlich: ja nein zeitweise

unruhig/getrieben: ja nein zeitweise

→ Wie äußert sich das: Bewegungsdrang/Umherlaufen/Rastlosigkeit
 Verbal (z.B. Hilferufe)

Weglauftendenz
 Körperlich (Handgreiflichkeiten)

traurig/depressiv: ja nein zeitweise

aggressiv: ja nein zeitweise

stimmungslabil: ja nein zeitweise

kontaktfreudig gerne für sich

Besteht Weglaufgefahr? ja nein

8. Interessen/Gewohnheiten/Eigenarten

Hobbys (früher und heute): _____

Essgewohnheiten (Lieblingsspeisen/-getränke): _____

Schlafgewohnheiten: _____

Sonstiges: _____

Raucher/in: ja nein

Bisheriger Tagesablauf (bitte kurz skizzieren):

Grund des Heimeinzuges: _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Vor- und Nachname: _____

Funktion/Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Ort, Datum

Unterschrift