



Name des/der Bewohner*in: _____

Hinweis zum Fragebogen vor Aufnahme in die vollstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß aus. Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob wir die pflegerische Versorgung in unserer Einrichtung sicherstellen können.

Unsere Einrichtung ist nicht auf die Versorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz oder speziellen psychiatrischen Krankheitsbildern spezialisiert. Daher ist es besonders wichtig, dass Diagnosen, der tatsächliche Pflegebedarf und das Verhalten im Alltag realistisch und vollständig beschrieben werden.

Unvollständige oder geschönte Angaben können dazu führen, dass eine notwendige Versorgung nicht gewährleistet werden kann. Im schlimmsten Fall wäre dann ein kurzfristiger Umzug in eine spezialisierte Einrichtung erforderlich.

Wir danken für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Gewünschter Einzugstermin:	
Gewünschte Versorgung: (Kurzzeitpflege oder vollstationär)	
Bisheriger Wohnort:	
Zurzeit Krankenhausaufenthalt:	
Geburtsdatum:	
Familienstand:	
Gesprochene Sprache:	
Angehörige mit Adresse und Kontaktdaten:	
Gesetzliche Betreuung:	
Vorsorgebevollmächtigte*r:	
Krankenkasse:	
Pflegegrad:	
Hausarzt:	
Allergien:	
Ernährungswünsche/Bedürfnisse (z.B. vegetarisch, laktosefrei etc.)	



Diagnosen			
Einschränkungen Sehen:	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
	<input type="radio"/> Brille vorhanden		
Einschränkungen Hören:	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
	<input type="radio"/> Hörgerät vorhanden		
Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...	<input type="radio"/> weitgehend erhalten	<input type="radio"/> kurze Fragen werden verstanden	<input type="radio"/> sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte
	<input type="radio"/> Sprachverständnis fehlt	<input type="radio"/> Gesten werden verstanden	
Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...	<input type="radio"/> weitgehend erhalten	<input type="radio"/> kurze Sätze können gebildet werden	<input type="radio"/> sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Worte
	<input type="radio"/> nicht möglich, weil _____		
Mobilität: Der/die Bewohner*in ...	<input type="radio"/> kann ohne Hilfe laufen	<input type="radio"/> benötigt Hilfsmittel (Stock, Rollator)	<input type="radio"/> nur mit Rollstuhl mobil
	<input type="radio"/> ist bettlägerig		
Nähe und Distanz: Der/die Bewohner*in ...	<input type="radio"/> reagiert positiv auf Körperkontakt	<input type="radio"/> hält lieber Distanz	<input type="radio"/> benötigt Zeit, um Vertrauen aufzubauen
	<input type="radio"/> kann abrupt ablehnend reagieren, wenn _____		
Besteht herausforderndes oder abwehrendes Verhalten z. B. bei Körperpflege, An- und Auskleiden?			
Gibt es erkennbare Ängste in bestimmten Situationen?			



Tritt Rastlosigkeit auf?			
Besteht die Gefahr des Weglaufens?			
Ruhen und Schlafen:	<input type="radio"/> Ruhe und Schlaf ohne Probleme	<input type="radio"/> Einschlafstörungen	<input type="radio"/> nächtliches Aufstehen
Bei Einschlafstörungen/ nächtlicher Unruhe hilft:			
Körperpflege:	<input type="radio"/> vollständig selbstständig	<input type="radio"/> überwiegend selbstständig	<input type="radio"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="radio"/> Oberkörper wird selbst gewaschen	<input type="radio"/> vollständig auf Hilfe angewiesen	
Ausscheiden:	<input type="radio"/> besteht Harninkontinenz	<input type="radio"/> besteht Darminkontinenz	<input type="radio"/> geht alleine auf die Toilette
	<input type="radio"/> benötigt Hilfe beim Toilettengang		
Hilfsmittel:	<input type="radio"/> Urinflasche	<input type="radio"/> Pants/Vorlagen	<input type="radio"/> Rollator
	<input type="radio"/> Brille	<input type="radio"/> Zahnprothese	<input type="radio"/> Hörgerät
	<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="radio"/> Sonstige: _____	

Sonstige Bemerkungen:

Ausgefüllt am: _____