

Aufnahmebogen Pflegedienst

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail: _____
Tel-Nr: _____
Name Krankenversicherung: _____
Versicherungs-Nr: _____

Zur Erleichterung sind einige der folgenden Fragen mit Antwortkästchen versehen, bitte **Betreffendes ankreuzen!**

Mögliche Antworten:

- ➔ **1** = Unabhängig, Selbstständig
- ➔ **2** = Unterstützung durch Hilfsperson (kleine Hilfestellungen)
- ➔ **3** = Teilweise Übernahme durch Hilfsperson
- ➔ **4** = Überwiegende Übernahme durch Hilfsperson
- ➔ **5** = Unselbstständig, vollständige Übernahme durch Hilfsperson

I. KÖRPERPFLEGE

Waschen	1	2	3	4	5
Haarpflege	1	2	3	4	5
Duschen (Standard Duschstuhl wird von uns gestellt)	1	2	3	4	5

Benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Rasierhalter, Zahnputzhilfe)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Anziehen:

Oberkörper	1	2	3	4	5
Hosen	1	2	3	4	5
Socken, Schuhe	1	2	3	4	5

Eigene Angaben zur Körperpflege: _____

Aufnahmebogen Pflegedienst

II. MOBILITÄT

Übersetzen von Rollstuhl ins Bett

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Übersetzen von Bett in den Rollstuhl

Übersetzen (vom Rollstuhl)

Rechte Seite

Linke Seite

Beide Seiten möglich

Brauchen Sie Hilfsmittel zum Übersetzen?

ja

nein

Wenn ja, welche: _____

Dauer der Rollstuhlbenutzung über Tag

Ca. Zeit: bis _____ Stunden

Ist Ihr Rollstuhl gut angepasst?

ja

nein

Benutzung des Rollstuhls im Freien

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

III. LAGERUNG

Im Bett

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Benötigen Sie Hilfsmittel? (Kissen, Bettgitter, Bettbügel)

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Benötigen Sie ein langes Bett? (Über 2 Meter)

ja

nein

Umlagerung, Drehen (Bauchlage, Seitenlage)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Wie oft müssen Sie umgelagert werden? _____

Haben Sie eine Spezialmatratze?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Aufnahmebogen Pflegedienst

IV. AUSSCHEIDUNG (Darm, Blase)

Anlegen / Benutzung von Inkontinenzhilfen
(Windeln, Urinal, Katheter)

Entsorgung der Hilfen (z.B. Entleerung des Urinal Beutels)

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Art der Hilfsmittel (falls vorhanden): _____

Stuhlgang regelmäßig, wie oft? (2-tägig, 3-tägig): _____

Abführhilfen – Oral, Rektal (Mittel zum Einnehmen, Zäpfchen, Klistier)

Welche? _____

Wie viel? _____

Wie oft? _____

Toilettenbenutzung

mit Toilettenstuhl auf WC

Übersetzen zur Toilette (und zurück)

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Führen Sie im Bett ab?

Ja Manchmal Nein

Blasenentleerung

Spontan Triggern / Klopfen

Intermittierende Katheterisierung

Selbstständig mit Hilfestellung Übernahme durch Pflegepersonal

Katheterversorgung

Art des Katheters: _____

Firma: _____

Stärke / Größe des Katheters: Ch: _____

Andere Methoden, z.B. Dauerkatheter, Urostomie: _____

Aufnahmebogen Pflegedienst

V. ESSEN UND TRINKEN

Essenzubereitung (klein schneiden, Brote belegen)

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Esseneinnahme

Hilfsmittel (z.B. Besteckhalter usw. falls vorhanden): _____

Trinken

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Hilfsmittel (z.B. Trinkhalm, spez. Trinkbecher): _____

Besondere Kostform (Besonderheiten, Abneigung, Diät, vegetarisches Essen, usw.)

VI. EIGENE, SONSTIGE ANGABEN, HILFSMITTEL

VII. WUNDVERSORGUNG

Falls vorhanden, bitte immer eine aktuelle Wundbeschreibung und einen aktuellen Behandlungsplan mitschicken. Beides darf nicht >7 Tage alt sein.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

Datum, Unterschrift _____

Ihre Angaben unterliegen den Bedingungen des Datenschutzes.

DEN AUSGEFÜLLTEN UND UNTERSCHRIEBENEN BOGEN BITTE AN FOLGENDE E-

MAILADRESSE SENDEN:

verhinderungspflege.klh@med.uni-heidelberg.de