

Aufnahmebogen Pflegedienst



Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

Kontaktperson Name: _____ Telefonnummer: _____

Krankenversicherung: GKV: PKV: BG:
Sozialamt: Name: _____

Haben Sie eine Rezeptgebührenbefreiung? _____ Gültig bis: _____

Gesetzlicher Pflegegrad: _____

Gewünschter Zeitraum Kurzzeitpflege: von: _____ bis: _____

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

Mögliche Antworten:

- ➔ 1 = unabhängig, selbständig
- ➔ 2 = Unterstützung durch Hilfsperson (kleine Hilfestellung)
- ➔ 3 = teilweise Übernahme durch Hilfsperson
- ➔ 4 = überwiegende Übernahme durch Hilfsperson
- ➔ 5 = unselbständig, vollständige Übernahme durch Hilfsperson

I. LAGERUNG

- 1 2 3 4 5
- Im Bett
 - Benötigen Sie Hilfsmittel? (Kissen, Bettgitter, Bettbügel)
-
- Benötigen Sie ein langes Bett (über 2 Meter) JA NEIN
- Umlagerung, Drehen (Bauchlage, Seitenlage) 1 2 3 4 5
 - Wie oft Umlagerung? _____
 - Haben Sie eine Spezialmatratze? _____

II. KÖRPERPFLEGE



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

Aufnahmebogen Pflegedienst



- Körperpflege (Gesicht, Zähne putzen usw.)
- Haarpflege
- Duschen

Sonstiges: _____

- Anziehen
Oberkörper

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

Hosen

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

Socken, Schuhe

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

- **Eigene Angaben zur Körperpflege:** _____

III. MOBILITÄT

- Fußgänger mit Gehhilfe ohne Gehhilfe /Hilfsmittel
- Rollstuhlfahrer mech. Rollstuhl elektr. Rollstuhl

- Übersetzen von Rollstuhl ins Bett

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Übersetzen von Bett in den Rollstuhl

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

- Übersetzen (vom Rollstuhl):
rechte Seite linke Seite beide Seiten möglich

Hilfsmittel zum Übersetzen _____

- 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
---	---	---	---	---

IV. AUSSCHIEDUNG (Darm, Blase)

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Entsorgung der Hilfe (z. B. Entleerung des Urinalbeutels)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Art der Hilfsmittel (falls vorhanden)

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



-
- Abföhrhilfen - 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

- Föhren Sie im Bett ab? JA Manchmal Nein

- **Blasenentleerung**

- Spontan
- Intermittierende Katheterisierung
- selbständig mit Hilfestellung Übernahme durch Pflegepersonal

Zeiten des Katheterisierens: _____

- Katheterversorgung

Art des Katheters: _____ Firma: _____

Stärke / Größe des Katheters: Ch: _____

Andere Methoden, z. B. Dauerkatheter, Urostomie _____

V. ESSEN UND TRINKEN

- Essenzubereitung
(klein schneiden, Brote belegen) 1 2 3 4 5

- Esseneinnahme 1 2 3 4 5

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

- Trinken 1 2 3 4 5

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

Aufnahmebogen Pflegedienst



- Besondere Kostform (Besonderheiten, Abneigungen, Diät, vegetarisches Essen, usw.)

VI. EIGENE, SONSTIGE ANGABEN

Telefonnummer anmeldender Sozialdienst: _____

Anschlussversorgung ab: _____ Ort: _____

Braucht weiter Ergo / Physio: _____

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte faxen, an: 06221 – 56 – 27708 – z.Hd. Herr Robert Wagner