

Fragebogen für Angehörige anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Damit wir Ihnen eine reibungslose Aufnahme gewähren können, bitten wir den Bogen nach Möglichkeit vollständig auszufüllen.

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
-------	----------	-------------

Wird die Heimaufnahme selbst gewünscht? ja nein

Aus welchem Grund ist die Heimaufnahme aus Ihrer Sicht notwendig?

Allergien/ Unverträglichkeiten	
Wunschkrankenhaus	
Vertretungsarzt (wenn nicht vor Ort)	

Hilfsmittel

	ja	nein	Eigentum	Leihgabe der Krankenkasse (welches Sanitätshaus?)	Letzte Wartung
Rollator					
Rollstuhl					
PEG					
Sauerstoffgerät					
Sonstiges:					

- Brille Zahnprothese Oberkiefer Zahnprothese Unterkiefer
 Hörgerät links Hörgerät rechts
 Kompressionsstrümpfe Orthesen:
 Wäscheversorgung: Einrichtung Angehörige/ was?.....

Dokumente/Regelungen liegen vor:

	ja	nein	Name:
Betreuung			
Vorsorgevollmacht			
Patientenverfügung			

Änderungsstatus: 7	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 22.04.2021 Inkrafttreten am: 22.04.2021
--------------------	----------------------------------	-----------------------	--

FRAGEBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

NAME:

VORNAME:

ZIMMER:

Krankenhausaufenthalt (letzte Entlassungsberichte beifügen):

wann	welches Krankenhaus

Kommunikation

Sprachverständnis	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Sprachproduktion	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Gestik	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Mimik	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt
Hören	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Hörgerät links <input type="checkbox"/> Hörgerät rechts <input type="checkbox"/> taub
Sehen	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> blind

Mobilität / Bewegung

Antrieb	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> erhöhter Antrieb <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
Lähmungen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja:
Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann, wo):
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Bereich:
Gehen	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> nur im Haus <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> mit Begleitung
Ausgeprägter Bewegungsdrang	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wie äußert sich:
Sitzen	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mit Seitenteilen <input type="checkbox"/> nur kurzzeitig <input type="checkbox"/> nur im Rollstuhl <input type="checkbox"/> nicht möglich
Lagerung	<input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> tags <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> alle Stunden <input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze
Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Bereich
Störungen	<input type="checkbox"/> Automatismen <input type="checkbox"/> Tic's <input type="checkbox"/> Akinese <input type="checkbox"/> Rigidität <input type="checkbox"/> hypertone Muster

Ausscheidung (soweit bekannt)

Verhalten tags	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Inkomaterial:
Verhalten nachts	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Inkomaterial:
Katheter	<input type="checkbox"/> trans. Katheter <input type="checkbox"/> sub. Katheter <input type="checkbox"/> Anus präter

Änderungsstatus: 7	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 22.04.2021 Inkrafttreten am: 22.04.2021
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

FRAGEBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

NAME:

VORNAME:

ZIMMER:

Pflegen (soweit bekannt)

	Selbständig	Aufsicht	Anleitung
Waschen			
Duschen			
Rasieren			
Zahnpflege			
Kleiden			

Kleiden (soweit bekannt)

Kleidung aussuchen	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Hilfe	<input type="checkbox"/> Übernahme
Anziehen Oberkörper	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Hilfe	<input type="checkbox"/> Übernahme
Anziehen Unterkörper	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Hilfe	<input type="checkbox"/> Übernahme
Ausziehen Oberkörper	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Hilfe	<input type="checkbox"/> Übernahme
Ausziehen Unterkörper	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Hilfe	<input type="checkbox"/> Übernahme

Ruhen/Schlafen (soweit bekannt)

Aufstehzeit morgens:		Zu-Bett-geh-Zeit abends:			
Mittagsschlaf	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> im Bett <input type="checkbox"/> auf Sofa <input type="checkbox"/> im Sessel				
Nachts	<input type="checkbox"/> schläft durch <input type="checkbox"/> steht mehrmals auf <input type="checkbox"/> klingelt <input type="checkbox"/> unkontrolliertes Verlassen des Bettes <input type="checkbox"/> Tag-Nacht-Rhythmus Störung				

Tagesgewohnheiten welche berücksichtigt werden sollen (wichtig für die Planung Tagesstruktur)

Morgens	
Vormittags	
Mittags	
Nachmittags	
Abends	
Nachts	

Freiheitsentziehende Maßnahmen

	ja	nein	Richterliche Genehmigung liegt vor
Bettgitter			
Gurt im Rollstuhl			
Vorstecktisch im Rollstuhl			

Änderungsstatus: 7	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 22.04.2021 Inkrafttreten am: 22.04.2021
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

FRAGEBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

NAME:

VORNAME:

ZIMMER:

Beschäftigung/Hobbys (wichtig für Planung von Betreuungsangeboten)

- Haushalt TV Radio Lesen Zeitung lesen Fahrrad Spazieren gehen
 Wandern Singen Gartenarbeit möchte Tag selbst gestalten
 Jährliche, wichtige Termine (z.B. Zwibbelsmaat) Beruf.....

Rauchen Sie? ja nein

Sicherheit (soweit bekannt)

Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Situative Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Persönliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkennt Gefahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Soziale Beziehung

Beziehung zu	<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Verwandtschaft <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Vereine:
Religion	<input type="checkbox"/> ist religiös <input type="checkbox"/> Religion: <input type="checkbox"/> besucht Gottesdienst <input type="checkbox"/> wünscht Sakramentenempfang
Kritik	<input type="checkbox"/> kann Kritik äußern <input type="checkbox"/> kann Kritik annehmen
Wünsche	<input type="checkbox"/> kann Wünsche äußern <input type="checkbox"/> kann Wünsche durchsetzen <input type="checkbox"/> kann „Nein“ sagen
	<input type="checkbox"/> Sehr gesellig <input type="checkbox"/> Einzelgänger/Zurückgezogen <input type="checkbox"/> Liebt Feste

Weitere Informationen

Ist Bewohner bereits gegen Covid19 geimpft? ja nein

Ist eine Impfung gegen Covid19 Infektion gewünscht? ja nein

Wenn Ja, soll Terminvereinbarung + Transport von uns organisiert werden? ja nein

Liegen Schmerzen vor? ja nein

.....

Fußpflege vorhanden? ja..... nein

Änderungsstatus: 7	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 22.04.2021 Inkrafttreten am: 22.04.2021
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

FRAGEBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

NAME:

VORNAME:

ZIMMER:

Zuzahlungsbefreiung? ja nein

Essen und Trinken

Kostform	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> passiert <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Sonderkost
Hilfe	<input type="checkbox"/> Brot richten <input type="checkbox"/> mundgerecht vorbereiten <input type="checkbox"/> Fleisch schneiden <input type="checkbox"/> Essen anreichen <input type="checkbox"/> Getränke einschenken <input type="checkbox"/> Getränke anreichen
Trinkmenge	Trinkmenge ml maximal tgl. Liter
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ernährung: Vorlieben/Abneigungen

Speisen Vorlieben	
Speisen Abneigungen	
Getränke Vorlieben	
Getränke Abneigungen	

Frühstück

- Kaffee Tee Milch Zucker Sonstiges:
- Brot mit Kruste Brot ohne Kruste Vollkornbrot Brötchen
- Wurst Käse Marmelade Quark Obst pass. Obst/Kompott Joghurt
- Schmierwurst Schmierkäse Milchsuppe Sonstiges:

Mittagessen

- Normale Portion Halbe Portion

Salat: ja nein

Salat Vorlieben	
Salat Abneigungen	

Nachmittagskaffee ja nein

- Kaffee Tee Milch Kuchen

Abendessen

- Tee Saft Wein Bier Sonstiges:
- Brot mit Kruste Brot ohne Kruste Vollkornbrot

Änderungsstatus: 7	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 22.04.2021 Inkrafttreten am: 22.04.2021
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

FRAGEBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

NAME:

VORNAME:

ZIMMER:

- Wurst Käse Marmelade Quark Obst Joghurt Schmierwurst
 Schmierkäse Milchsuppe Tagessuppe Sonstiges:

Zwischenmahlzeit

- ja nein Uhrzeit:

Ort, Datum

Unterschrift

Wird vom Pflegepersonal ausgefüllt:

Vitale Funktionen

Atmung	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Verschleimung
Kreislauf/RR	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
Medikamente	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen

Weitere Informationen

RR:	Puls:	Gewicht:	Größe:
Schmerzen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Bew. mobil <input type="checkbox"/> Bew. Bettlägerig		
		Zimmertür nachts verschlossen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mann oder Frau sein

Pflege	<input type="checkbox"/> Parfüm <input type="checkbox"/> Schmuck <input type="checkbox"/> Schminke <input type="checkbox"/> Bart <input type="checkbox"/> Haartracht
Scham	<input type="checkbox"/> Pflege nicht durch Frau <input type="checkbox"/> Pflege nicht durch Mann

Versichertenkarte: bei Bewohner im Wohnbereich

Klärung Kostenübernahme Krankentransport:

- Beratung stattgefunden:

Planung / Begleitung zu Terminen:

- Beratung Stattgefunden:

Änderungsstatus: 7	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 22.04.2021 Inkrafttreten am: 22.04.2021
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--