

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	
Betreuung			Name:
Vorsorgevollmacht			
Patientenverfügung			

Änderungsstatus: 5	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 19.10.2020 Inkrafttreten am: 19.10.2020	
--------------------	----------------------------------	-----------------------	--	--

**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: 5	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 19.10.2020 Inkrafttreten am: 19.10.2020
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

**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			

**Freiheitsentziehende Maßnahmen**

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

**Beschäftigung/Hobbys (wichtig für Planung von Betreuungsangeboten)**

- Haushalt   
  TV Radio   
  Lesen   
  Zeitung lesen   
  Fahrrad   
  Spazieren gehen  
 Wandern   
  Singen   
  Gartenarbeit   
  möchte Tag selbst gestalten  
 Beruf: .....

**Rauchen Sie?**     ja     nein

Änderungsstatus: 5	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 19.10.2020 Inkrafttreten am: 19.10.2020
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

**FRAGEBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME**

**NAME:**

**VORNAME:**

**ZIMMER:**

**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

Zuzahlungsbefreiung?  ja  nein

Änderungsstatus: 5	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 19.10.2020 Inkrafttreten am: 19.10.2020
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

FRAGEBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

NAME:

VORNAME:

ZIMMER:

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

**Zwischenmahlzeit**

- ja             nein             Uhrzeit: .....

Ort, Datum

Unterschrift

Änderungsstatus: 5	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 19.10.2020 Inkrafttreten am: 19.10.2020	
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--	--

**FRAGEBOGEN FÜR ANGEHÖRIGE ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME**

**NAME:**

**VORNAME:**

**ZIMMER:**

**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: 5	Bearbeitet von: PDL, WBL, QMB	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 19.10.2020 Inkrafttreten am: 19.10.2020	
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--	--