



Ihr Patient ist zur Heimaufnahme in unserer Einrichtung angemeldet. Um eine optimale Betreuung und Pflege zu gewährleisten, ist es für unser Pflegeteam wichtig, Kenntnisse über die medizinische Anamnese unseres zukünftigen Bewohners zu erhalten. Aus diesem Grund bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Vielen Dank im Voraus.

Vorname: Nachname:

Geburtstag: Geburtsort:

Wohnort: Straße:

Ist der Patient gehfähig? ja nein

Ist das Treppensteigen möglich? ja nein

Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein

Ständig bettlägerig? ja nein

Beherrschung des Stuhlabgangs? ja nein

Beherrschung des Urinabgangs? ja nein

Wenn ja, welche Inkontinenzform liegt vor:

- Stress- und Belastungsinkontinenz
- Dranginkontinenz
- Mischinkontinenz
- Extraurethrale Inkontinenz
- Chronische Harnretension
- Unkategorisierbare Inkontinenz

Hilfebedarf:

beim Ankleiden ja nein

beim Frisieren / Rasieren ja nein

beim Aufstehen aus dem Bett ja nein

Unterstützung zur Nachtruhe ja nein

Örtlich orientiert? ja nicht immer nein

Zeitlich orientiert? ja nicht immer nein

Nachts ruhig? ja nicht immer nein

Gemütsstimmung? kooperativ freundlich verdrießlich

Größe: _____

Gewicht: _____

Selbstgefährdende/Fremdgefährdete Eigenschaften? nein ja: welche?

.....
.....

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? ja nein

Hinweise / Bemerkungen des Arztes
.....
.....
.....

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes



Fragen zur Hilfebedürftigkeit:

| Benötigt Ihr Patient bei folgenden Verrichtungen Hilfe? | | |
|---|---|--|
| 1. Mobilität: | <i>Körperliche Beweglichkeit, z.B. morgens aufstehen vom Bett und ins Badezimmer gehen, fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen.</i> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bemerkung: |
| 2. Kognitive und kommunikative: | Verstehen und reden, z.B. Orientierung über Ort und Zeit, Sachverhalte und Informationen begreifen, Risiken erkennen, andere Menschen im Gespräch verstehen. | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bemerkung: |
| 3. Verhaltensweisen und psychische Problemtagen: | z.B. Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für sich, Abwehr pflegerischer Maßnahmen. | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bemerkung: |
| 4. Selbstversorgung: | z.B sich selbstständig waschen und ankleiden, essen und trinken, selbstständige Benutzung der Toilette. | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bemerkung: |
| 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: | Z.B. die Fähigkeit haben, Medikamente selbst einnehmen zu können, die BZ-Messung selbst durchzuführen und deuten zu können oder gut mit einer Prothese oder dem Rollator zurecht zu kommen, den Arzt selbstständig aufsuchen zu können. | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bemerkung: |
| 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: | z.B. die Fähigkeit haben, den Tagesablauf selbstständig zu gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakt zu treten oder Skatrunde ohne Hilfe zu besuchen. | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bemerkung: |