

## Pflegerischer Fragebogen

(Dieser Fragebogen ist auszufüllen vom zukünftigen Heimbewohner, dessen Angehörigen oder bevollmächtigtem Vertreter)

### Angaben zur Person

<b>Vor- und Zuname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>Pflegestufe:</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

### Einschätzung zur pflegerischer Unterstützungsbedarf

**Wird bei folgenden Tätigkeiten Hilfe benötigt?** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

	<b>Ja</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkungen</b>
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aufstehen / zu Bette gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bad / Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sitzen im Rollstuhl / auf dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Orientierung

	<b>Ja</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkung</b>
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Sonstiges

	<b>Ja</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>Nein</b>	<b>Bemerkung</b>
Nächtliche Unruhezustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



**Individualität**

Ruhe- und Schlafgewohnheiten:

Ess- und Trinkgewohnheiten:

Besondere Interessen

Gewohnheiten:

Bemerkungen:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_