

Pflegerischer Fragebogen

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

Angaben zur Person

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad vorhanden

Einschätzung zur pflegerischer Unterstützungsbedarf

Bei welchen Tätigkeiten ist Hilfe notwendig? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

	Ja	gelegentlich	Nein	Bemerkungen
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aufstehen / zu Bett 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"/>	_____

Eine Einschränkung der Orientierung liegt vor?

	Ja	gelegentlich	Nein	Bemerkung
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

	Ja	gelegentlich	Nein	Bemerkung
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"/>	_____

Biographiearbeit fördert eine wertschätzende und individuelle Pflege, wodurch die Pflegequalität und Zufriedenheit unserer Bewohner und Bewohnerinnen gesteigert wird. Ihre Angaben auf dieser Seite sind freiwillig, können jederzeit widerrufen werden und sind für die Heimaufnahme nicht zwingend erforderlich.

Wünsche und Gewohnheiten:	
Ruhe- und Schlafgewohnheiten:	
Ess- und Trinkgewohnheiten:	
Besondere Interessen	
Gewohnheiten:	
Bemerkungen:	

Datum: _____ Unterschrift: _____