

Patienten Fragebogen

Wie haben Sie uns gefunden?

Empfehlung

Zeitung

Internet

Ansprechperson

Name: _____

Adresse : _____

Telefonnummer: _____

E-mail: s _____

Verwandschaftsgrad: _____

Patienten Daten

Name _____

Adresse: _____

Geburtsdatum : _____

Pflegestufe : _____

Größe _____

Gewicht: _____

Bewusstseinslage

geistig fit		verwirrt		leicht Demenz		schwer Demenz	
----------------	--	----------	--	------------------	--	------------------	--

hören

Uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	stark eingeschränkt
-----------------	-------------------------	---------------------

sehen

Uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	stark eingeschränkt
-----------------	-------------------------	---------------------

sprechen

uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	stark eingeschränkt
-----------------	-------------------------	---------------------

aufstehen

kann selbständig aufstehen	mit Unterstützung	bettlägrig
----------------------------	-------------------	------------

Muss die Pflegerin in der Nacht aufstehen?

Wie viele Personen leben im Haushalt?

Sonstiges

An- und ankleiden _____

Essen und Trinken?

Kann selbständig essen ----- Braucht Hilfe _____

Peg Sonde _____

Stuhlinkontinenz Ja Nein Gelegentlich

- Blasenverweilkatheter
- Suprapubischer Kathether
- Urinflasche
- Windeln / Einlagen

Besondere Tätigkeiten

- mobilisieren
- Subcutan Injektionen (Antithrombose)
- Subcutan Injektionen (Insulin)
- Transfer vom Bett zum Rollstuhl

Angabe zur Betreuungskraft

Geschlecht : männlich weiblich egal

Raucher : ja nein egal

Alter von _____ bis _____

Aktivitäten

- Arztbesuche Auf ein gesundes Raumklima achten
- Auto fahren Erledigung von Besorgungen Freizeitgestaltung
- Gemeinsame Ausflüge Haustiere versorgen Kleine Gartenarbeiten Lebensmittel einkaufen Reinigungstätigkeiten
- Wäscheversorgung Zubereitung von Mahlzeiten

Anmerkung zur Betreuungskraft:

Sonstiges

Pflegebeginn Datum _____