

Pflegeberichtsbogen

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum des Aufzunehmenden

Ausgefüllt von:

Beziehung zum Aufzunehmenden:

1. Bisherige Pflegepraxis:

Wenn bei einer bisherigen Hilfeart keine Hilfeleistung erforderlich war, bitte nichts ankreuzen. Sonst sind die Spalten 2 bis 6 dem Umfang der Hilfeleistung entsprechend wie folgt anzukreuzen:

- 2 = Hilfe nur in Ausnahmefällen bzw. gelegentliche oder geringfügige Hilfen
- 3 = Beaufsichtigung oder Anleitung
- 4 = Unterstützung
- 5 = teilweise Übernahme
- 6 = vollständige Übernahme

Wer hat die Pflege und Betreuung durchgeführt?

- nur Angehörige nur Pflegedienst Pflegedienst und Angehörige

<u>Körperpflege:</u>	2	3	4	5	6	<u>Bemerkungen:</u>
Waschen/Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn- und Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsuchen / Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				wenn ja, wo?.....
Pflege bei Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				wenn ja, wo?.....

Ernährung:

Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen/Trinken eingeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				ggf. welche Nahrung.....

Mobilität:

Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>				
Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>				
Gehen/Stehen	<input type="checkbox"/>				
Benutzen von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>				
Wenn ja, welche? (Rollstuhl, Prothese, Gehwagen, etc.)					

2. Vorhandene Lebensgewohnheiten:

Schlafgewohnheiten:.....

.....
Besonderer Tagesrythmus (z. B. spät aufstehen, Mittagsschlaf, Essens-/Zwischenmahlzeiten, Aktivitäten, Freizeitverhalten, Hobbys und Interessen, usw.):

.....
.....

Eigenheiten (z. B. gerne allein, sieht gern und viel fern, unterhält sich Gerne, spielt gerne, will frische Luft, Abneigung gegen Raucher, ect.):

.....

Verhältnis zu den Kindern, Verwandten und Bekannten (z. B. herzlich, gut, lehnt ab, gleichgültig, usw.) und von den Obengenannten zu dem Aufzunehmenden. Wen schätzt er besonders, wen lehnt er ab?

.....
.....

Religiösität (Kirchengänge erwünscht? Gebete? Patientenverfügung?)

.....
.....

3. Vorhandene Essgewohnheiten:

Appetit: gut mäßig schlecht

Abneigung gegen folgende Speisen:

.....
.....

Lieblingessen:

.....
.....

Wenn, welche Diäten:

.....
.....

Essen sollte sein: weich kleingeschnitten passiert
 püriert flüssig

Spezielle Wünsche:

4. Allgemeinzustand:

Allgemeinzustand: gut mäßig
 deutlich reduziert schlecht
 teilweise bettlägerig ständig bettlägerig

Sehbehinderung: mäßig stark fast blind blind

Hörbehinderung: mäßig stark fast taub taub

Sprachbehindert: mäßig stark stumm

Erscheinungsbild: gepflegt normal
 nachlässig gänzlich uninteressiert

Bewusstseinslage: wach schläfrig
 benommen komatös

Verhalten: umgänglich unzugänglich antriebslos
 depressiv unruhig Neigung zum Weglaufen
 selbstgefährdend fremdgefährdend
 aggressiv Drogen- / Medikamentenabhängig
 dement Raucht viel / trinkt viel Alkohol

Desorientierung: keine zum Ort
 zur Zeit zur Situation
 zur eigene und/oder anderen Person völlige Desorientierung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Anmelder

.....
Unterschrift bisher Pflegender

DANKE!

Wenn Sie wollen, können Sie ab hier eigene Erfahrungen der Pflege und Betreuung, die Sie bisher gemacht haben, schildern. Je mehr wir über die / den Aufzunehmende/n wissen, desto „nahtloser“ kann seine / ihre Pflege und Betreuung sein und desto schneller wird er / sie sich hier einleben und wohlfühlen.

.....
.....
.....
.....