

# 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

### **Körperpflege:**

**2 3 4 5 6**

### **Bemerkungen:**

Waschen/Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	.....				
Zahn- und Mundpflege	<input type="checkbox"/>	.....				
Kämmen / Rasieren	<input type="checkbox"/>	.....				
Aufsuchen / Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	.....				
Pflege bei Inkontinenz	<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"/>	.....				
Essen/Trinken eingeben	<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:

.....  
.....

Lieblingsessen:

.....  
.....

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.

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