


AWO Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz e.V. Brennesstr. 2 93059 Regensburg Hausinternes Formular	Fragebogen Informationssammlung	 Seniorenheim Eichendorf GmbH Landauer Str. 29 94428 Eichendorf
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name Vorname: _____

Alter: _____ Geburtstag: _____ Pflegegrad: _____

1. Ruhen und Schlafen:

z. B. Schlafzeiten, Ruhepausen, Wann? Wo? Im Sessel, im Bett, schläft ruhig, unruhig; steht nachts alleine auf, muss nachts öfters auf die Toilette.

2. Körperpflege

z. B. wäscht sich selbst oder benötigt Hilfestellung; Welche? Baden? Duschen? Werden spezielle Seifen/Duschmittel etc. benutzt?


3. Hautpflege

z. B. trockene Haut, schuppige Haut, offene Hautstellen; Druckgeschwüre; Wo? Hautallergie, wenn ja, auf was?

4. An- und Auskleiden

z. B. zieht sich selbst an und aus bzw. benötigt hierbei Hilfestellung? Welche? Lieblingskleidung? Wechselt häufig die Kleider?

Bearbeiterin	Freigabe Datum	Version	Seite
Belinda Zitzelsberger	EL Konrad Mader 28.02.2017	1.2	1 von 4

AWO Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz e.V. Brennesstr. 2 93059 Regensburg Hausinternes Formular	Fragebogen Informationssammlung	 Seniorenheim Eichendorf GmbH Landauer Str. 29 94428 Eichendorf
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Essen und Trinken

z. B. ist eine bestimmte Vorbereitung der Speisen notwendig? Lieblings Speisen?
 Abneigung? Trinkmenge pro Tag? Lieblingsgetränk? Abneigung? Isst und trinkt
 selbst oder benötigt Hilfestellung? Welche? Zahnprothesen?
 Nahrungsmittelallergien? Spezielle Diätform?

Frühstück

Mittagessen

Abendessen


Zwischenmahlzeit

Lieblingsgetränke

6. Ausscheidungen Stuhlgang:

z. B. Besonderheiten? künstlicher Darmausgang? Abführmittel? Rhythmus?
 Inkontinenz?
 Welches Windelsystem? Geht selber auf die Toilette oder benötigt Hilfe?

Bearbeiterin	Freigabe Datum	Version	Seite
Belinda Zitzelsberger	EL Konrad Mader 28.02.2017	1.2	2 von 4

AWO Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz e.V. Brennesstr. 2 93059 Regensburg	Fragebogen Informationssammlung	 Seniorenheim Eichendorf GmbH Landauer Str. 29 94428 Eichendorf
Hausinternes Formular		

7. Ausscheidungen Urin:

z. B. Besonderheiten? Dauerkatheter? Inkontinenz? Welches Windelsystem?
 Geht selber auf die Toilette oder benötigt Hilfe?

8. Bewegen:

z. B. kann ohne Hilfe gehen und stehen; braucht Hilfestellung, welche? Kann
 Treppensteigen?
 braucht Rollstuhl oder Rollator? Kann sich mit Rollstuhl oder Rollator selbständig
 fortbewegen.

9. Sehen:

z. B. Sehvermögen, Brille? Kontaktlinsen? sieht alles klar und deutlich, Blind?


10. Hören:

z. B. Hörvermögen, Hörgerät? ist sehr geräuschempfindlich

11. Sprechen:

z. B. Sprachstörungen, Aphasie? Spricht klar und deutlich, ist sehr mitteilend, singt
 dauernd

Bearbeiterin	Freigabe Datum	Version	Seite
Belinda Zitzelsberger	EL Konrad Mader 28.02.2017	1.2	3 von 4

AWO Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz e.V. Brennesstr. 2 93059 Regensburg	Fragebogen Informationssammlung	 Seniorenheim Eichendorf GmbH Landauer Str. 29 94428 Eichendorf
Hausinternes Formular		

12. Orientierung

z. B. kennt Uhrzeit, kennt Jahreszeit, weiß seinen/ihren Namen und Adresse, Verwirrtheitszustände? Lläuft weg?

13. Beschäftigung, Gewohnheiten, Hobby

z. B. liest gerne Zeitung, schaut Fernsehen, geht gerne spazieren, ist kontaktfreudig, zieht sich gerne zurück, ist Raucher

14. Bisherige Lebensumstände/ Kurzbiografie

z. Beruf, wichtige Lebensereignisse, die die Bewohnerin (den Bewohner) beschäftigen

15. Sonstige pflegerische Besonderheiten

Ort, Datum

Unterschrift

Bearbeiterin	Freigabe Datum	Version	Seite
Belinda Zitzelsberger	EL Konrad Mader 28.02.2017	1.2	4 von 4