

Anlässlich einer Anmeldung zum Einzug in ein Seniorenheim
Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen X und ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben.

Name **Vorname**

Straße:

PLZ/Wohnort: **Geb. am**

1. Körperlicher Zustand:

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Ist der Patient gehfähig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Treppensteigen möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Ist der Patient bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Besteht Blaseninkontinenz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Besteht Stuhlinkontinenz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Besteht eine starke Sehschwäche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Besteht eine starke Hörschwäche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Geistige Behinderungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Wenn ja, welche?

Körperliche Behinderungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

2. Pflegebedarf

- Benötigt der Patient Hilfe beim:
- | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Essen und Trinken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| An- und Auskleiden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Waschen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Frisieren / Rasieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Lagern zur Bettruhe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Benutzung der Toilette? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |

3. Geistig – seelischer Zustand

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Situativ orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Neigung zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Suizidgefahr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Demenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Wenn ja, welche?

Suchterkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

Stimmungsschwankungen ja nein gelegentlich

4. Empfohlene pflegerische Versorgung

Pflegebereich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beschützende Abteilung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wohnbereich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5. Hilfsmittel

Gehilfe,	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art:
Prothesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art:
Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art:
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

6. Ernährung

Vollkost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
Sondenernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
eine andere Ernährung als genannt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		

7. Medikamente

 Benötigt der Patient Hilfe bei der Verabreichung der Medikamente ja nein

Welche Medikamente sind erforderlich:

Medikamente	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

8. Diagnosen

 Bei dem Patienten liegt eine ansteckende Krankheit nach Infektionsschutzgesetz vor ja nein Art: _____

 MRSA ja nein ESBL/MRGN ja nein Clostridien ja nein

9. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)

Ort, Datum
Unterschrift und Stempel des Arztes