

Fragebogen

Stammdaten

Name, Vorname:			Geburtsdatum	
PLZ, Ort, Straße				
Telefon Mobil, E-Mail			Konfession	
Liegt ges. Betreuung vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Name: Adresse: Aktenzeichen: Bestellung liegt vor: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bereiche: <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Finanzen <input type="checkbox"/>		
Vornamen und Geburtsdaten der Geschwister				
Krankenkasse		Selbst <input type="checkbox"/> Fam. <input type="checkbox"/>	Pflegegrad	
Welche Einrichtung wird besucht?				
Art der Behinderung (ggf. Ursache)				
Diagnosen:			Körperl. Beeinträchtigungen:	
Orientierung Zeitl. räuml. zur Person?	Mobilität: <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt; wie		Sturzgefährdung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Maßnahmen:			
Besteht ansteckende Krankheit?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> wenn ja, welche?			
Liegt eine Anfallsbereitschaft vor?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	Art der Anfälle		
Wann treten die Anfälle auf?				
Häufigkeit und Dauer:			Letzter Anfall am:	
Notfallklistier	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	ab	min.	Welches?
Besonderes/ Maßnahmen Anfälle:				

Allergien ??		Welche?	
Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Siehe Anlage ärztliche Medikation	Werden Bedarfsmedikamente mitgebracht?	Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Siehe Anlage ärztliche Medikation
Wie werden die Medikamente eingenommen??			
Unverträglichkeiten bei Medikamenten	Welche??		
Bei Fieber	<input type="checkbox"/> Ab 38,5° C <input type="checkbox"/> ab ° C Was?		
	Bemerkungen:		
Beh. Ärzte:	Name: Dr.	Tele.	
	Name: Dr.	Tele.	

1. Individuelle Basisversorgung

Hilfebedarf: (keine Hilfe, Assistenz bzw. teilweise Übernahme, Stellvertretung bzw. vollst. Übernahme, intensive Anleitung = Förderung)

1.1 Ernährung

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Essensaufnahme mit Hilfsmittel, fremder Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auswahl der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Was soll nicht gegessen werden??					
Zerkleinern der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einteilung der Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitzposition					
Frühstück					
Mittag					
Abend					
Zwischenmahlzeiten					
Trinken, Hilfsmittel, Becher, Glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel:
Was wird getrunken?					Einfuhrliste <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					Menge in ml
Angemessenes Verhalten beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Begleitung, <input type="checkbox"/> mittel- <input type="checkbox"/> unmittelbar <input type="checkbox"/>
Bemerkungen					

1.2 Körperpflege

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?/Wie oft?
Morgen und Abendtoilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hände und Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilwäsche oder Ganzwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zähneputzen oder Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haare waschen, frisieren, Fönen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monatshygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.3 Toilettenbenutzung

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Aufsuchen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sachgerechte Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sich säubern, Hände waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Windel ? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Ständig <input type="checkbox"/> Verdauung: Wie oft??					
Name der Windel: Größe: Tag: Anzahl der Wechsel: Nacht: Anzahl der Wechsel:					
Verdauungshilfe: Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Welche? Wann					

1.4 Baden Duschen

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?/Wie oft?
Selbständiges Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.5 Aufstehen/ zu Bett gehen

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Gewohnte Schlafzeiten	<input type="checkbox"/> entscheidet selbst oder Von: Uhr bis Uhr				
Einschlafgewohnheiten, Lagerungen					
Nächtliche Gewohnheiten, Lagerungen					
Rausrollschutz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Abpolsterung <input type="checkbox"/> ND mit Durchgang ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Einzelzimmer Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> Begründung: Überwachung?					

1.6 Anziehen/Ausziehen

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Selbständiges Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbständiges Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auswahl der Kleidung (witterungsgerecht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kleidungswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Alltägliche Lebensführung

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zubereitung von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauswirtsch. Tätigkeiten Tischdecken Abräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wäschepflege Erkennen der eigenen Wäsche Schmutzwäsche ablegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ordnung im eigenen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigengeldverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Medizinische Hilfen

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Ausführen ärztlicher, therapeutischer Verordnungen Z.B. Einnahme von Medikamenten (oral, rektal, Einreibungen, Inhalationen)Durchführung von KG-Übungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Punkte nach der Braden Skala		Risiko (keins, gering, mittel, hoch)			Maßnahmen:
Spezielle Pflege:					
Welche Hilfsmittel werden mitgebracht?					
Selbstständige Benutzung der Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Für Rollstuhlfahrer: Stehfähig?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> wie lange?				min. Welche Unterstützung:
Wie weit oder wie lange kann die BewohnerIn gehen?					
Überwachung der Gesundheit z.B. <ul style="list-style-type: none"> Gewichtskontrolle nicht zunehmen/abnehmen Überwachung bei chronischen Erkrankungen z.B. Epilepsie od. Diab 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Kommunikation

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikationshilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Gestaltung sozialer Beziehungen

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Sich in die Gruppe eingliedern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Braucht Rückzugsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verhalten in Konfliktsituationen					
Auto-Aggressive Verhaltensweisen:	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>				
Fremd-Aggressive Verhaltensweisen:	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>				
Verbal-Aggressive Verhaltensweisen:	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>				

6. Freizeitgestaltung

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Eigenbeschäftigung • Nutzung der freien Zeit • Planung der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche Beschäftigungsmöglichkeiten gibt es?					
Besteht eine Weglauftendenz?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>				
Darf der Bewohner ohne Aufsicht das Gelände verlassen ?? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
BewohnerIn bedarf der ständigen Aufsicht:? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bemerkungen:					

7. Psychische Hilfen

Tätigkeit	Keine Hilfe	Assistenz	Stellvertretung	Intensive Anleitung	Welche Hilfestellung?
Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen • motorische Unruhe • Schreien, Lautieren • unmotiviertes An- und ausziehen • Zerreißen von Kleidung • hypersensible Wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der Fragebogen wurde heute von den Angehörigen aktualisiert. Alle Angaben sind für diesen Aufenthalt verbindlich.

Datum	Unterschrift Angehöriger	Unterschrift MitarbeiterIn