Personenbezogene Grunddaten

Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass das Betreuungspersonal Informationen über die Gewohnheiten des Bewohners erfährt und über die benötigten Hilfen informiert ist.

Antragsteller

Name .....Vorname .....

Geburtsdatum ..... Geburtsort .....

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Behandlungspflege:

☐	Diabetiker	☐	Gerinnungsstörung
☐	insulinpflichtig	☐	Herzschrittmacher/Defibrilator
☐	injiziert selbständig	☐	Asthma
☐	Blutzuckermessung	☐	Krampfleiden
☐	Kompression		
☐	Allergie, wenn ja welche		

_____

Gibt es wichtige Informationen zur Krankengeschichte Ihres Angehörigen?

Bisherige Einnahme der Medikamente: ☐ selbständig ☐ unselbständig ☐ zerkleinert ☐ gemörsert

Bisherige Gewohnheiten:

Welche Essenszeiten werden bevorzugt?
Frühstück ……
Mittag ……
Kaffee .....
Abendbrot .....

Wie wird gegessen?
☐ selbständig ☐ mit kleinen Hilfen (z.B. schneiden) ☐ benötigt Anleitung ☐Darreichen
☐ Vollkost ☐ Schonkost ☐ passiert ☐ Ernährungssonde
☐ Unverträglichkeiten (ärztl. bestätigt) ……..

Wie wird getrunken?
☐ selbständig ☐ mit kleinen Hilfen ☐ benötigt Anleitung ☐ Darreichen ☐ Sonde

Bisher gewohnte Körperpflege:
Werden bestimmte Pflegemittel bevorzugt?.....
Duscht oder badet Ihr Angehöriger lieber? .....

Waschbecken	☐ selbständig	☐ mit Hilfe
Waschschüssel	☐ selbständig	☐ mit Hilfe
Duschen	☐ selbständig	☐ mit Hilfe
Rasieren	☐ selbständig	☐ mit Hilfe
Zähne/ Prothesen	☐ selbständig	☐ mit Hilfe
Ankleiden	☐ selbständig	☐ mit Hilfe

Bisheriger körperlicher Zustand und pflegerische Maßnahmen:

☐ bettlägerig ☐ wird herausgesetzt
☐ sitzt im Rollstuhl ☐ fährt selbständig mit Rollstuhl
☐ selbständig gehfähig ☐ gehfähig mit Hilfe

Kontrakturen (steife Gelenke) ☐ ja ☐ nein
Bewegungsübungen ☐ aktiv ☐ passiv

☐ Dekubitus gefährdet (Hautdefekt durch Druckbelastung)
☐ Dekubitus vorhanden Behandlung mit .....
☐ Wunde vorhanden Behandlung mit: .....

Urininkontinenz ☐ ja ☐ nein
Katheterträger ☐ ja ☐ nein
Stuhlinkontinenz ☐ ja ☐ nein
Anus praeter ☐ ja ☐ nein

Gibt es bestimmte Gewohnheiten bei den Toilettengängen?.....

Wird Inkontinenzmaterial benutzt? Wenn ja, welche?
.....

Hilfsmittel:

☐ Zahnprothesen ☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Stock
☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Prothesen/Teilprothesen ☐ Sauerstoff

Sicherheit:

Sturzgefahr ☐ manchmal ☐ ja ☐ nein
Freiheitsentziehende Maßnahmen (Bauchgurt, Bettgitter…) ☐ ja ☐ nein
Es besteht ein richterlicher Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen ☐ ja ☐ nein

Ruhe und Schlafgewohnheiten:

☐ Einschlafstörung
☐ Durchschlafstörung
☐ nächtliche Unruhezustände

Bewusstseinszustand und seelische Verfassung:

☐ voll orientiert in allen Bereichen (personell, räumlich, situativ, zeitlich)
☐ Tagesformabhängige Orientierung ☐ wenig orientiert ☐ desorientiert in allen Bereichen
,

☐ neigt zum Weglaufen
☐ neigt zu aggressivem Verhalten
☐ Psychische Diagnosen (Depression,Schizophrenie…), wenn ja welche……

Verhaltensweise bei der Pflege:

☐ offen für Informationen
☐ zurückhaltend
☐ kontaktbereit
☐ verschlossen
☐ nicht kooperativ bei pflegerischen Maßnahmen
☐ wünscht ausschließlich eigengeschlechtliche Pflegepersonen

Haben Sie sonstige Wünsche und Erwartungen an uns?

Hinweis: Alle Informationen unterliegen dem Datenschutz und werden ausschließlich im Rahmen der Pflegedokumentation verwendet.

_____

Datum, Unterschrift des Angehörigen/BewohnerIn/gesetzl.Vertreter