



Fragebogen für pflegende Angehörige

Herr Stephan Eull

für Herrn/ Frau ..... , geb. am .....

Eine gute gelungene Aufnahme ist uns wichtig. Sie können dazu beitragen, indem Sie uns den Hilfebedarf Ihres Angehörigen frühzeitig mitteilen. Somit verfügt das Personal am Aufnahmetag über die wesentlichen Informationen zur Pflege und Betreuung Ihres Angehörigen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

| <b>Kommunikation</b> | nicht eingeschränkt      | eingeschränkt            | Hilfsmittel |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Sprachfähigkeit      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Sprachverständnis    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Gehör                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |
| Sehfähigkeit         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |

| <b>Bewegung</b>            | selbständig              | mit Anleitung            | mit Hilfe                |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aufstehen                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen aus (Roll-)Stuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gang zur Toilette          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bettlägerigkeit       Rollator       Rollstuhl       Gehstock  
 Toilettenstuhl       Sturzgefahr

| <b>Körperpflege</b> | selbständig                     | mit Anleitung                    | mit Hilfe                             |
|---------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| Waschen             | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Duschen/ Baden      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Mund- /Zahnpflege   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Kämmen/ Rasieren    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| An- und Auskleiden  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Hautbeschaffenheit  | <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> Druckstellen |


| <b>Ernährung</b> | selbständig              | mit Anleitung            | mit Hilfe                |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Essen            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Magensonde       Schluckstörung       besondere Kost: \_\_\_\_\_  
 Unverträglichkeit: \_\_\_\_\_       Allergie: \_\_\_\_\_

| <b>Toilettengänge</b> | selbständig              | mit Anleitung            | mit Hilfe                |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wasserlassen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhlgang             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Blasenkatheter (letzter. Wechsel: \_\_\_\_\_ )       Bauchkatheter (letzter. Wechsel: \_\_\_\_\_ )  
 künstlicher Darmausgang  
 Neigung zu Verstopfung       Durchfallneigung

| <b>Orientierung</b>  | gegeben                  | zeitweise                | nicht                    |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zur Zeit             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zum Ort / im Raum    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu anderen Personen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zur Situation        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hoher Bewegungsdrang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gesteigerter Antrieb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aggressive Neigung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| depressive Neigung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörung        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Besonderheiten zur Pflege** 

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Verhältnis zum Pflegebedürftigen)