

Pflegerischer Fragebogen

zur Anmeldung im Seniorenzentrum an der Lippe

Merschstraße 31, 44534 Lünen, Telefon 02306 76515-0, empfang-szl@caritas-luenen.de

Vor- und Zuname _____ Geb.Datum: _____

1. Körperpflege / Kleidung

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			

2. Hautbeschaffenheit

Hautzustand	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> schuppig	<input type="checkbox"/> rissig
Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
Hautdefekte	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
Lokalisation					
Sonstiges					
Bemerkungen					

3. Bewegung

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollständige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bemerkungen			

4. Ernährung

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bemerkungen			
Körpergröße	cm	Körpergewicht	kg

5. Ausscheidungen

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Letzter Wechsel:
Suprap. Katheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Letzter Wechsel:
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Obstipation
Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Art?
Bemerkungen			

6. Orientierung

	Ja	zeitweise	nein
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			

7. gerontopsychiatrische Auffälligkeiten

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> euphorisch	<input type="checkbox"/> hyperaktiv
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> aufgeregt	<input type="checkbox"/> depressiv
<input type="checkbox"/> distanzlos	<input type="checkbox"/> stimmungsschwankend	<input type="checkbox"/> ständig suchend
<input type="checkbox"/> herausfordernd	<input type="checkbox"/> abweisend	<input type="checkbox"/> Weg- / Heimlauf tendenz
<input type="checkbox"/> Lauf- / Bewegungsdrang	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> Antriebsstörung
Bemerkungen		

8. Bewusstseinslage

<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> ansprechbar	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> komatös
Bemerkungen			

9. Kommunikation

Hörvermögen	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Ausfall
Sehvermögen	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Ausfall
Sprachvermögen	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Ausfall
	<input type="checkbox"/> sensorische Aphasie		<input type="checkbox"/> motorische Aphasie	
Bemerkungen				

10. Tag- Nacht-Rhythmus

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Mittagsschlaf	<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe
Bemerkungen			

11. Atmung

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Asthmaanfälle
<input type="checkbox"/> Zyanose	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Atemgeräusche
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:	

Bemerkungen

12. spezielle/ medizinische Hilfsmittel

	Ja	nein	Bemerkungen
Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brille/ Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stützkorsett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Unterschrift

