

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	☐	☐	☐
Duschen / Baden	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐
Kämmen	☐	☐	☐
Nagelpflege	☐	☐	☐
Ankleiden	☐	☐	☐
Auskleiden	☐	☐	☐
Bemerkungen:			

2. Hautbeschaffenheit

Hautzustand	☐ intakt	☐ trocken	☐ feucht	☐ schuppig	☐ rissig
Pilzinfektion	☐ ja			☐ nein	
Allergien	☐ ja			☐ nein	
Hautdefekte	☐ ja			☐ nein	
	Lokalisation				
	Sonstiges				
Bemerkungen:					

3. Bewegung

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Aufstehen	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐
Gang zur Toilette	☐	☐	☐
Sitzen	☐	☐	☐
Vollständige Bettlägerigkeit	☐ ja	☐ nein	
Bemerkungen:			

4. Ernährung

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Essen	☐	☐	☐
Trinken	☐	☐	☐
Schluckstörungen	☐ ja	☐ nein	
Hilfsmittel	☐ ja	☐ nein	
Bemerkungen			
Körpergröße:		cm	Körpergewicht:

5. Ausscheidungen

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Toilettengang	☐	☐	☐
Harninkontinenz	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ ja
Blasenkatheter	☐ nein	☐ ja	Letzter Wechsel:
Suprap. Katheter	☐ nein	☐ ja	Letzter Wechsel:
Stuhlinkontinenz	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ ja
Stuhlgang	☐ regelmäßig	☐ Durchfall	☐ Obstipation
Inkontinenzmaterial	☐ nein	☐ ja	Welche Art?
Bemerkungen:			

6. Orientierung

	Ja	zeitweise	nein
Zeitlich	☐	☐	☐
Örtlich	☐	☐	☐
Persönlich	☐	☐	☐
Situativ	☐	☐	☐
Bemerkungen			

7. gerontopsychiatrische Auffälligkeiten

☐ normal	☐ euphorisch	☐ hyperaktiv
☐ ängstlich	☐ aufgeregt	☐ depressiv
☐ distanzlos	☐ stimmungsschwankend	☐ ständig suchend
☐ herausfordernd	☐ abweisend	☐ Weg- / Heimlauftendenz
☐ Lauf- / Bewegungsdrang	☐ Sturzgefahr	☐ Antriebsstörung
Bemerkungen		

8. Bewusstseinslage

☐ wach	☐ ansprechbar	☐ somnolent	☐ komatös
Bemerkungen			

9. Kommunikation

Hörvermögen	☐ ungestört	☐ mäßig	☐ schwer	☐ Ausfall
Sehvermögen	☐ ungestört	☐ mäßig	☐ schwer	☐ Ausfall
Sprachvermögen	☐ ungestört	☐ mäßig	☐ schwer	☐ Ausfall
	☐ sensorische Aphasie		☐ motorische Aphasie	
Bemerkungen				

10. Tag- Nacht-Rhythmus

☐ normal	☐ gestört	☐ Mittagsschlaf	☐ nächtliche Unruhe
Bemerkungen			

11. Atmung

☐ normal	☐ eingeschränkt	☐ Asthmaanfälle
☐ Zyanose	☐ Husten	☐ Atemgeräusche
☐ Schmerzen	☐ Hilfsmittel:	

Bemerkungen

12. spezielle/ medizinische Hilfsmittel

	Ja	nein	Bemerkungen
Prothesen	☐	☐	
Brille/ Kontaktlinsen	☐	☐	
Herzschritmacher	☐	☐	
Stützkorsett	☐	☐	
Hörgerät	☐	☐	
Zahnprothesen	☐	☐	
Rollstuhl	☐	☐	
Rollator	☐	☐	
Toilettenstuhl	☐	☐	
sonstige	☐	☐	

Ort, Datum

Unterschrift / Funktion