

Anlage zum Aufnahmeantrag

1. Persönliche Angaben

Name: Vorname:.....

Geburtsname:..... Geburtsdatum:.....

2. Sozialanamnese / soziales Leben

Lebenslauf (Familie, Geschwister, Schule, Ausbildung, prägende Ereignisse,
Leistungen, Krisen, Erkrankungen...):

.....
.....
.....
.....

Frühere Gewohnheiten / Interessen (Clubs, Fernsehen, Handarbeiten, Kochen, Lesen,
Musik, Reisen, Spaziergehen, Spiele...):

.....
.....
.....
.....

Jetzige Möglichkeiten:

.....
.....
.....

3. Grundpflege

Körperwäsche

ohne Hilfe

Hilfe erforderlich

am Waschbecken

im Bett

Mundpflege

ohne Hilfe

Hilfe erforderlich

Zahnprothese

ohne Hilfe

Hilfe erforderlich

- | | | |
|--------------------|-------------------------------------|---|
| Rasieren | <input type="checkbox"/> ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich |
| Fußpflege | <input type="checkbox"/> ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich |

4. Ärztlich verordnete pflegerische Maßnahmen

z.B. Wundbehandlung, Verbände, Spritzen etc.

.....

.....

.....

5. Persönliche Bedürfnisse

- | | | | |
|---------------|--|--|--|
| Schlafen | <input type="checkbox"/> schläft ruhig | <input type="checkbox"/> schläft unruhig | |
| | <input type="checkbox"/> benötigt Schlafmittel | | |
| Beschäftigung | <input type="checkbox"/> Buch | <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Radio |
| | <input type="checkbox"/> Handarbeit | <input type="checkbox"/> basteln | <input type="checkbox"/> TV |
| Verhalten | <input type="checkbox"/> aktiv | <input type="checkbox"/> passiv | <input type="checkbox"/> kooperativ |
| | <input type="checkbox"/> nicht kooperativ | <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| | <input type="checkbox"/> herausfordernd | | |

Bemerkung:

.....

.....

6. Nahrungsaufnahme

- | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normalkost | <input type="checkbox"/> Diabetikerkost | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |
| Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> Sonde |

Gewohnte tägliche Trinkmenge:.....

Allergien, Unverträglichkeiten:.....

Abneigungen:.....

Vorlieben:.....

7. Mobilität

Aufstehen ohne Hilfe Hilfe erforderlich Lifter erforderlich

Sitzen tgl.....Std im Sessel im Rollstuhl

Gehen ohne Hilfe Hilfe erforderlich

Bemerkungen:

.....

.....

.....

8. Ausscheidungen

Harninkontinenz ja nein Toilettentraining ja nein

Inkontinenzprodukte Vorlagen Einlagen Höschenwindeln
 tagsüber
 nachts

9. Kommunikation / Verständigung

Hören:.....

Sehen:.....

Sprechen:.....

Orientierung: örtlich ja nein
 zeitlich ja nein
 zur Person ja nein
 zur Situation ja nein

10. Folgende aufgeführte Hilfsmittel werden mitgebracht:

Hörgerät Brille Kontaktlinsen
 Zahnprothese oben Zahnprothese unten Gehstock

