

Bitte legen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei

Anmeldung zur Kurzzeitpflege Verhinderungspflege stationären Dauerpflege

Persönliche Daten						
Name:						
Vorname:						
Geburtsdatum:						
Telefon / Handy:						
Straße:						
PLZ/Ort:						
Pflegegrad:		<input type="checkbox"/> PG 1	<input type="checkbox"/> PG 2	<input type="checkbox"/> PG 3	<input type="checkbox"/> PG 4	<input type="checkbox"/> PG 5
Angestrebtes Aufnahmedatum:						

Ärztliche Versorgung während des Heimaufenthalts		
Name des behandelnden Hausarztes:		
Übernahme der ärztlichen Versorgung während des Heimaufenthaltes (inkl. Hausbesuche):		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Diagnosen (können auch als Ausdruck beigelegt werden)	

Gesundheitsdaten:		
Psychische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Suizidgefahr:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Suchtkrankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Substitution:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, womit:
Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Allergien / Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Wunden:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo:
Dekubitus:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo:
Adipositas	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gewicht:
PEG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stoma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art:
Katheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art:
Hilfsmittel notwendig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Kognitive / Kommunikative Fähigkeiten	Unbeeinträchtigt	Großteils vorhanden	Kaum vorhanden	Nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußern von Schmerz, Durst, Hunger, Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Verhaltensweisen	Nie	selten	öfters	täglich
Unruhezustände tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhezustände nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehrendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hin-/ Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegerischer Unterstützungsbedarf (wenn möglich, durch Pflegefachpersonal auszufüllen)	Selbstständig	geringe Hilfe	Überwiegende Hilfe	Unselbstständig
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und bestätigen Sie die Angaben auf Richtigkeit und Vollständigkeit mit Ihrer Unterschrift

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift

Version 2.0	erstellt / geändert	geprüft / freigegeben
Gültig ab 20.02.2024	Hilgert / Haas	QM / GF