

## Aufnahme

Die Aufnahme soll erfolgen für  Betreutes Wohnen  Kurzzeitpflege  Dauerpflege

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Strasse, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse / Pflegekasse

Name der Krankenkasse / Pflegekasse / Beihilfe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Diagnose

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gründe für die Aufnahme

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Ärztlicher Bericht

Ansteckende Krankheiten:  ja  nein

Tuberkulose:  ja  nein Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Sondenernährung:  ja  nein

Diät notwendig  ja welche: \_\_\_\_\_

nein wie viel BE/Tag: \_\_\_\_\_

Sehfähigkeit ist eingeschränkt:  nein  ja, durch: \_\_\_\_\_

Hörfähigkeit ist eingeschränkt:  nein  ja, durch: \_\_\_\_\_

Bewegungsfähigkeit ist eingeschränkt:  nein  ja, durch: \_\_\_\_\_

## Orientierung:

zeitliche Orientierung ist eingeschränkt:  nein  ja, durch: \_\_\_\_\_

örtliche Orientierung ist eingeschränkt:  nein  ja, durch: \_\_\_\_\_

## Nahrungsaufnahme:

Infusion / Sonde

nimmt mundgerecht zubereitete Kost selbständig ein  braucht umfassende Hilfe

passierte Kost  isst selbständig

## Ausscheidungen:

Urin- und/oder Stuhlinkontinenz

geht zwar alleine zur Toilette, kommt aber manchmal zu spät

kann Ausscheidungen kontrollieren, braucht aber Hilfe

kontrolliert alle Ausscheidungen, braucht keine Hilfe

## Hygiene:

braucht umfassend Hilfe  braucht geringfügig Hilfe, z. B. bei den Nägeln

braucht teilweise Hilfe  pflegt sich ohne Hilfe

## Ankleiden:

braucht umfassend Hilfe  braucht teilweise Hilfe

zieht sich alleine an, nicht immer Anlass und Jahreszeit entsprechend

kleidet sich selbständig und korrekt

## Schlafverhalten:

schläft tagsüber, nachts wach  Einschlafschwierigkeiten, frühes Erwachen

zeitweiliges nächtliches Umherirren  ausreichend, ruhiger Schlaf

## Mobilität:

ständig bettlägrig  kann mit technischen Hilfen alleine gehen / stehen

kann nicht stehen und gehen     kann nur mit Unterstützung gehen / stehen

kann stehen / gehen, jedoch sturzgefährdet

kann sicher und alleine gehen / stehen

Sozialverhalten:

Autoaggressivität     Weglauftendenzen     Fremdaggressivität     Suizidneigung

Bindungslosigkeit/-unfähigkeit     soziale Bindungen vorhanden, kontaktfähig

Suchtproblematik: \_\_\_\_\_

**Für die Richtigkeit der Angaben**

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_