

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim

St. Maria Alten- u. Pflegeheim Kurzzeitpflege ° Tagespflege	Qualitätsmanagement Handbuch Fragebogen zur Aufnahme	Geltungsbereich Pflege
--	---	---------------------------

Fragebogen zur Aufnahme und zur Überprüfung des Pflegeprozesses für das Altenheim St. Maria der Altenhilfe e.V. Bad Dürkheim

Herzlich Willkommen in der Altenhilfe e.V. Bad Dürkheim.

Wir sehen den Menschen, der aus Leib, Seele und Geist besteht, jederzeit in seiner Gesamtheit und nehmen ihn als Persönlichkeit ernst. Damit wir anhand unseres Pflegekonzeptes einen für sie individuellen Pflegeprozeß planen und durchführen können, möchten wir Sie bitten diesen **Fragebogen** unbedingt **direkt nach/ oder vor dem Einzug** zusammen mit Ihren Angehörigen **auszufüllen und ihn bei der Aufnahme mitzubringen bzw. abzugeben**. Aufkommende Fragen können am Tag des Einzugs oder jederzeit telefonisch und auch im Gespräch geklärt werden.

Name: **Vorname:**

geb.: **Religion:**

Betreuer: ja

Name: **Vorname:**

Tel.: **Aktenzeichen:**

Betreuungsaufgaben:

.....

.....

.....

Betreuer: nein

Betreuung beantragt am:

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite
PDL/HL	Beatrix Mattern	Beginn April 1995 11	08.08.2018	1 von 12 Dok. 030

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim

St. Maria Alten- u. Pflegeheim Kurzzeitpflege ° Tagespflege	<b style="color: blue;">Qualitätsmanagement Handbuch <b style="color: blue;">Fragebogen zur Aufnahme	Geltungsbereich Pflege
--	---	---------------------------

Grund für den Aufenthalt:

- Heimaufnahme
- Kurzzeitpflege
- Tagespflege

Pflegegrad: ja welche?

Pflegegrad: nein

Einstufung beantragt am:

Impfpaß: ja nein

Influenzaimpfung gewünscht?: ja nein

Aureichender Tetanus und Diphtherieschutz vorhanden?:

ja nein

Letzte Impfung am:

Versichertenkarte: ja nein

Rezeptgebühren frei: ja nein

Fahrtkosten frei: ja nein

Rücktransport : Angehörige KZP

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite
PDL/HL	Beatrix Mattern	Beginn April 1995 11	08.08.2018	2 von 12 Dok. 030

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim

St. Maria Alten- u. Pflegeheim Kurzzeitpflege ° Tagespflege	<b style="color: blue;">Qualitätsmanagement <b style="color: blue;">Handbuch <b style="color: blue;">Fragebogen zur Aufnahme	Geltungsbereich Pflege
--	--	---------------------------

Bedarf an Pflege- und Pflegehilfsmittel:

Beschaffung durch AH	<input type="checkbox"/>		
		Pflegelotion	<input type="checkbox"/>
		Pflegebalsam	
		zur Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>
Duschgel	<input type="checkbox"/>		
Shampoo	<input type="checkbox"/>	Zahnpasta	<input type="checkbox"/>
Badeöl	<input type="checkbox"/>	Zahnprothesenreiniger	<input type="checkbox"/>
Seife	<input type="checkbox"/>	Haftcreme	<input type="checkbox"/>
		Mundspülung	<input type="checkbox"/>
Rasierschaum	<input type="checkbox"/>	Prothesenzahnbürste	<input type="checkbox"/>
Rasierwasser	<input type="checkbox"/>	Prothesendose	<input type="checkbox"/>
Rasierapparat	<input type="checkbox"/>		
Einmalrasierer	<input type="checkbox"/>	Pflegeöl	<input type="checkbox"/>
		Hautcreme	<input type="checkbox"/>
Parfüm	<input type="checkbox"/>	Pflegeschaum	<input type="checkbox"/>
		Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Eigenbeschaffung	<input type="checkbox"/>		
		Pflegelotion	<input type="checkbox"/>
		Pflegebalsam	
		zur Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>
Duschgel	<input type="checkbox"/>		
Shampoo	<input type="checkbox"/>	Zahnpasta	<input type="checkbox"/>
Badeöl	<input type="checkbox"/>	Zahnprothesenreiniger	<input type="checkbox"/>
Seife	<input type="checkbox"/>	Haftcreme	<input type="checkbox"/>
		Mundspülung	<input type="checkbox"/>
Rasierschaum	<input type="checkbox"/>	Prothesenzahnbürste	<input type="checkbox"/>
Rasierwasser	<input type="checkbox"/>	Prothesendose	<input type="checkbox"/>
Rasierapparat	<input type="checkbox"/>		
Einmalrasierer	<input type="checkbox"/>	Pflegeöl	<input type="checkbox"/>
		Hautcreme	<input type="checkbox"/>
Parfüm	<input type="checkbox"/>	Pflegeschaum	<input type="checkbox"/>
		Sonstiges	

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite
PDL/HL	Beatrix Mattern	Beginn April 1995 11	08.08.2018	5 von 12 Dok. 030

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim

St. Maria Alten- u. Pflegeheim Kurzzeitpflege ° Tagespflege	<b style="color: blue;">Qualitätsmanagement <b style="color: blue;">Handbuch <b style="color: blue;">Fragebogen zur Aufnahme	Geltungsbereich Pflege
--	--	---------------------------

Vitale Funktionen aufrechterhalten:

Herzschrittmacher: ja nein

Atemstörungen: ja nein
 Welche?

Ist der/die BewohnerIn **Raucher**? ja nein
 Wieviel Zigaretten raucht er /sie pro Tag?

Durchblutungsstörungen: ja nein
 Welche?

Kreislaufprobleme: ja nein
 Welche?

Stoffwechselprobleme: ja nein
 Welche?

Verdauungsprobleme: ja nein
 Welche?

Nervenleiden: ja nein
 Welche?

Allergiepaß: ja nein

Werden Pflegehilfsmittel benötigt: ja nein
Welche?

Dekubitusmatratze: Eigentum Heimeigentum

Lagerungshilfen: Eigentum Heimeigentum

Rollstuhl / Rollator: Eigentum Heimeigentum

Infusiomat: Eigentum Heimeigentum

Absauggerät: Eigentum Heimeigentum
 Eigentum Heimeigentum
 Eigentum Heimeigentum

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite
PDL/HL	Beatrix Mattern	Beginn April 1995 11	08.08.2018	6 von 12 Dok. 030

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim

St. Maria Alten- u. Pflegeheim Kurzzeitpflege ° Tagespflege	<b style="color: blue;">Qualitätsmanagement <b style="color: blue;">Handbuch <b style="color: blue;">Fragebogen zur Aufnahme	Geltungsbereich Pflege
--	--	---------------------------

Ausscheidung:

Stuhlgang: normal Durchfall Verstopfung

Häufigkeit:

Hilfsmittel: Abführmittel ja nein

wenn ja, welches?

Muß der/die BewohnerIn nachts/ am Tag zur Toilette gebracht werden? ja nein

Wird ein **Nachtstuhl** im Zimmer benötigt? ja nein

Besteht eine **Stuhlinkontinenz**? ja nein

Anus praeter? ja nein

Urinausscheidung: normal vermehrt vermindert

Besteht eine **Inkontinenz**? ja nein

Wird **Inkontinenzmaterial** benötigt? ja nein

Wie wird das Inkontinenzmaterial abgerechnet? Rezept privat

Katheter? ja nein

Geschlossenes System? ja nein

Suprapubischer Blasenkatheter? ja nein

Kondomkatheter? ja nein

letzter Wechsel am: von:

nächster Wechsel am: von:

Sich kleiden:

An- und

Auskleiden: ohne Hilfe braucht Anregung benötigt Hilfe

Kleiderauswahl: ohne Hilfe braucht Anregung benötigt Hilfe

Wäschewaschen : Angehörige AH/ KZP

Lieblingskleidung, Farben, Handtasche, Schmuck, Armbanduhr etc.?

.....

.....

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite
PDL/HL	Beatrix Mattern	Beginn April 1995 11	08.08.2018	8 von 12 Dok. 030

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim

St. Maria Alten- u. Pflegeheim Kurzzeitpflege ° Tagespflege	<b style="color: blue;">Qualitätsmanagement <b style="color: blue;">Handbuch <b style="color: blue;">Fragebogen zur Aufnahme	Geltungsbereich Pflege
--	--	---------------------------

Sich beschäftigen:

Sie/Er kann:

- eigene Tagesgestaltung :

ohne Hilfe braucht Anregung benötigt Hilfe

- entfaltet Selbständige Aktivitäten:

ohne Hilfe braucht Anregung benötigt Hilfe

Betreuungsangebot	<u>gewünscht</u>	<u>Nicht gewünscht</u>
Bes. Betreuung		
Besucher		
Betreuung am Bett/ Gespräche		
Exkursionen		
Feste/ Veranstaltungen		
Filmvorführungen		
Fernsehen		
Gedächtnistraining		
Gesellige Runden, Feiern		
Gesprächskreise		
Gestalten		
Gymnastik, Bewegung, Balancetraining		
Hörspiele		
Musik/ Radio		
Religiöse Angebote, Tischgebete, Abendgebete		
Gottesdienste		
Singen		
Sparziergänge im Park		
Tanz		
Umgang mit Tieren		
Umgang mit Puppen/ Kuscheltiere		
Vorlesen		
Sinnesanregung	<u>gewünscht</u>	<u>Nicht gewünscht</u>
Beruhigungsmusik		
Lichtspiel		
Massage		
Duftanregung		
Geschmacksanregung		

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite
PDL/HL	Beatrix Mattern	Beginn April 1995 11	08.08.2018	10 von 12 Dok. 030

Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim

St. Maria Alten- u. Pflegeheim Kurzzeitpflege ° Tagespflege	<b style="color: blue;">Qualitätsmanagement <b style="color: blue;">Handbuch <b style="color: blue;">Fragebogen zur Aufnahme	Geltungsbereich Pflege
--	--	---------------------------

Welche Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse haben Sie in bezug auf:

- Lebensaktivitäten:
- Pflegebedürftigkeit:
-
-
- Interaktion mit Heimbewohnern:
- persönliches Umfeld/Zimmer:
-
-

Besonderheiten:

- Wir wünschen 1x/ 2x jährlich eine Zahnarztkontrolle im Haus ja nein
- Wir wünschen 1x/ 2x jährlich eine professionelle Zahnreinigung ja nein
- Wir wünschen 1x/ 2x jährlich eine professionelle Zahnprothesenreinigung ja nein
- Wir wünschen 1x/ 2x jährlich eine Augenkontrolle durch einen Optiker im Haus ja nein

.....

.....

.....

Bad Dürkheim, den Datum Unterschrift/ BewohnerIn

..... Unterschrift/ Angehörige/ BetreuerIn

..... Unterschrift/ ex. Pflegekraft

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite
PDL/HL	Beatrix Mattern	Beginn April 1995 11	08.08.2018	12 von 12 Dok. 030