



## Liebe Angehörige

### unserer zukünftigen Bewohnerin/ unseres zukünftigen Bewohners:

**Wir bitten Sie um Ihre Unterstützung.** Da wir eine möglichst gut vorbereitete und reibungslose Aufnahme in unserem Haus anstreben, helfen Sie uns mit Ihren Informationen aus dem (Pflege-)Alltag der zukünftigen Bewohnerin. Wir haben gelernt, auf pflegende Angehörige zu hören. Sie kennen Ihre Angehörige am besten. Bitte bearbeiten Sie in Ruhe unseren Fragebogen, der uns dann bei der Erstellung einer individuellen Pflegeplanung zugrunde liegt.

Der Bogen ist nach den unserem Pflegemodell zugrunde liegenden Themenfeldern gegliedert. Die von uns verwendete weibliche Sprachform meint männliche Bewohner mit.

Diese Angaben betreffen:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Das Wichtigste zuerst: Bitte sagen Sie uns mit Ihren Worten:

**Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?**


#### 1. Kommunikation und geistig/mentale Fähigkeiten:

*„KOMMUNIKATION IST DER FLUSS DES LEBENS UND WERKZEUG UNSERER ARBEIT“*

Beschreiben Sie bitte mit ihren Worten Einschränkungen, Beobachtungen oder Möglichkeiten (Stärken) im Hinblick auf folgende Stichpunkte. Was fällt Ihnen bei der Betrachtung dieser Stichwörter zu Ihrer Angehörigen ein?

Sehen

--

Sprechen

--

Hören

--

Tast- und Berührungsempfinden

--

Orientierung (Zeit, Ort, Situation, Persönlich)

--



Entspricht das Denken und Verhalten Ihrer Angehörigen Ihrer Meinung nach der Realität? ja  nein

Bei nein: Woran wird das deutlich? (Beispiele: ständige Suche nach verlegten Gegenständen; unbegründete Ängste und Sorgen; wahnhafte Vorstellungen ...)


Sind die Gespräche mit Ihrer Angehörigen eingeschränkt? Ja  Nein

Wenn ja: Bitte kurz die Einschränkungen erläutern:


## 2. Mobilität und Beweglichkeit:

*„BEWEGUNG IST EINE SÄULE DES LEBENS. IN IHR WIRD UNSER ICH LEBENDIG“*

Beschreiben Sie bitte wieder kurz ihre Beobachtungen und Gedanken hinsichtlich der Mobilität zu den Stichpunkten: Aufstehen, Hinlegen. Gehen, Stehen, Gehhilfen, Umgang mit Rollstuhl, Lagern im Bett ...

Aufstehen und Hinlegen / Lagern im Bett

--

Stehen

--

Gehen (Gehhilfen, Rollator, gehen mit Begleitung ...)

--

Kann Treppen steigen? Ja  Nein

Liegt Sturzgefahr vor? Ja  Nein

Bewegungsdrang? Ja  Nein

Weglauftendenz? Ja  Nein

Gibt es Wundliegeneschwüre (Dekubitus) oder sonstige Wunden Ja  Nein

Wenn ja wo:

--

Versteifungen von Gliedern (Kontrakturen)? Ja  Nein

Wenn ja wo:

--

Vertraute **Hilfsmittel**, die zu Hause verwendet werden (z.B. Rollator, Spezialbesteck...), können Sie gerne mitbringen und bei uns wie gewohnt benutzen.



### 3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen:

Hier geht es um die pflegerischen Folgen von Krankheiten und um Daten, die man in der Regel zählen, messen oder wiegen kann: Atmung, Blutdruck, Puls, Blutzuckerwerte... Ihre Beobachtungen interessieren uns:

Krankheiten / Diagnosen


Gewicht

--

Größe

--

Verhalten / Einstellung zu und Umgang mit Medikamenten


Allergien

--

Aktuelle Medikamentenliste vom Arzt anfordern

Jetzt bitten wir Sie noch um ein paar Hinweise zu Schmerzen:

Schmerzen: Nein  ja  wo?, wann z.B. bei Bewegung


Welche nicht-medikamentösen Maßnahmen wurden zuhause angewandt?

--

Lebensqualität beeinträchtigt: ja  Nein

Verursacht durch:


### 4. Selbstversorgung: Essen und Trinken, Ausscheidungen, An- und Auskleiden, Körperpflege sowie Ruhen & Schlafen

*ESSEN UND TRINKEN HÄLT LEIB UND SEELE ZUSAMMEN.*

Hier interessiert uns: die geistige und körperliche Fähigkeit, essen und trinken zu können.

Kann selbstständig essen und trinken Ja  Nein

--

Untergewicht Ja  Nein  schon immer?

--

Übergewicht Ja  Nein  schon immer?

--

Vorlieben und Abneigung

--



Diät / Besondere Kostform

Sonde

Unangemessener Konsum von Genussmitteln (Sucht)

Besondere biografische Erlebnisse im Hinblick auf Essen und Trinken (Hungerzeiten)

Bitte beschreiben Sie uns Trinkgewohnheiten / Trinkverhalten was für einen ausreichenden Flüssigkeitshaushalt wichtig ist.

Trinkmenge täglich?: weniger als 1 Liter

mehr als 1 Liter

Trinkt aus eigenem Antrieb Ja

Nein

Besondere Vorlieben (auch auf warm und kalt bezogen) / Abneigungen bei Getränken?

### Ausscheiden

Eine selbstständige Realisierung und Entscheidung der Ausscheidungen ist uns seit Kindertagen vertraut und wenn sie eingeschränkt ist, empfinden wir uns als stark pflegebedürftig und abhängig. Schamgefühle und Peinlichkeiten sind zu bearbeiten. Sagen Sie uns bitte offen, mit welchem Problem sie es zu tun hatten:

(Inkontinenz ist die Unfähigkeit, Ausscheidungen bewusst zu kontrollieren)

Harninkontinenz? Nein  gelegentlich  ja

Blasenkatheter : ja

Stuhlinkontinenz? Nein  gelegentlich  ja

künstl. Darmausgang (=Stoma) ja

Stuhlgang: normal  regelmäßig  neigt zu Durchfall  neigt zu Verstopfung

nimmt regelmäßig Abführmedikamente: nein  ja

Hilfsmittel: Toilettenstuhl  Steckbecken  Urinflasche

Inkontinenzmaterial: tagsüber  nachts

Welche Inkontinenzprodukte benutzten Sie bisher?

Bitte bringen Sie noch vorhandene Inkontinenzprodukte mit. Bemerkungen, Gewohnheiten, besondere Pflegeprobleme:

**Nur für Kurzzeitgäste:** Bitte bringen Sie benötigtes Inkontinenzmaterial von zuhause mit!



### Sich waschen, kleiden und pflegen

Die individuelle Körperpflege ist für uns Pflegende wichtig. Zufriedenheit und Wohlbefinden gründen darauf. Beschreiben Sie bitte die häusliche Morgenpflege


Besondere Vorlieben bei Kleidung, Schmuck, Kosmetik und Pflegeprodukten


Gibt es biografische Hinweise zur Körperpflege, die wir beachten sollten? (z.B. baden/duschen)?


Friseur gewünscht       Fußpflege       kosmetische Vorlieben   
Hautzustand: intakt       trocken       feucht       schuppig   
Hautschäden:      blaue Hautflecken       Wunden       Rötung

Wenn ja wo:

--

„**Kleider MACHEN LEUTE**“. Das beherzigen wir. Ist die Fähigkeit sich zu kleiden:

Selbstständig       braucht Unterstützung       unselbstständig  ?

Fähigkeit, situations- und witterungsgerechte Kleidung auszuwählen:

Selbstständig       braucht Unterstützung       unselbstständig  ?

Gibt es biografische Hinweise zu Kleidungsgewohnheiten?


**Nur für Kurzzeitgäste:** Wollen Sie die Kleidung selbst zuhause waschen? Ja       Nein

### Ruhen und Schlafen

„**IN DER RUHE LIEGT DIE KRAFT**“. Schlafbedürfnis, Einschlafgewohnheiten, Medikamente zum Schlafen, Störungen, Fähigkeiten, Schlafrituale, Einschlafposition, ... diese Punkte interessieren uns.


Schlafstörungen       Tag - Nachtumkehr       Einschlafstörungen   
Morgenmensch       Abendmensch       Mittagsschlaf       Schlafritual



## 5. Leben in sozialen Beziehungen

„ALLES WIRKLICHE LEBEN IST BEGEGNUNG“ (MARTIN BUBER)

Menschen sind in erster Linie soziale Wesen. Wir brauchen Freunde, Familie, Beziehungen, Vereine um Isolation und Einsamkeit zu vermeiden.

Wichtige Bezugspersonen

Welche sozialen Beziehungen bzw. Treffen könnten im Altenzentrum fortgeführt werden (z.B. Senioren-, Handarbeits-, Singkreis)?

Gibt es Besonderheiten im Hinblick auf soziale Kontakte?

- Soziale Kontakte werden selbstständig gepflegt
- Nimmt gerne an geselligen Runden teil
- Möchte ab und zu Kontakt
- Soziale Kontakte sind nur auf kleinen Radius reduziert
- Leidet unter Einsamkeit
- EinzelgängerIn
- Kümmerte sich um: \_\_\_\_\_

„ICH TUE, ALSO BIN ICH“. Eine Beschäftigung hat für viele Menschen einen hohen Stellenwert.

Früher ausgeübte Berufe

Frühere Hobbies

Aktuelle Beschäftigung im Verlauf des Tages

Besondere Begabungen / Neigungen / Interessen

Vereinszugehörigkeit

Womit beschäftigt sie sich heute am liebsten?

Fähigkeit sich zu beschäftigen: Selbstständig  braucht Hilfe  unselbstständig



## 6. Wohnen/Häuslichkeit:

Welches Bild würden Sie an die Zimmertür Ihrer Angehörigen hängen, damit sie ihr Zimmer einfacher wiederfindet? Sie können uns gerne ein Bild (oder Deko) zur Verfügung stellen.

--

Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen:

Ihre Einschätzung (zutreffendes ankreuzen):

- Kann mit Risiken situationsgerecht umgehen und diese entsprechend bewältigen?
- Durch Fernhalten von voraussehbaren Risiken und sachliche Vorsorgemaßnahmen ist die Sicherheit gewährleistet
- Die Sicherheit ist nur durch zeit-/teilweise personelle Hilfe gewährleistet
- Dauernde Hilfe notwendig, Selbst- und Fremdgefährdung möglich

Unsicherer Umgang mit:                      Geld                       Strom/Gas/Wasser/Feuer

Freiheitsentziehende Maßnahmen, z.B. Bettgitter:      Ja                       Nein

--

### Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen:

Hier geht es um die Auseinandersetzung mit fördernden und gefährdenden Erfahrungen wie Annahme, Hoffnung, Sicherheit, Vertrauen, Lebensfreude und Wohlbefinden aber auch Angst, Vereinsamung, Ungewissheit, Sterben und Tod, Verlust von Unabhängigkeit, Misstrauen, Trennung, Schmerz und Hoffnungslosigkeit. Welche kulturgebundenen Erfahrungen, Weltanschauungen, Religion, Glaube kommt hier zum tragen? Hier einige Leitfragen:

Wie wird die eigene Pflegebedürftigkeit wahrgenommen?

--

Besondere lebensgeschichtliche Erfahrungen, die in der heutigen Lebenssituation immer wieder auftauchen (Schicksalsschläge)?


Welche religiösen Überzeugungen, Rituale, Vollzüge und Gottesdienste sind wichtig? Ist seelsorgerlicher Beistand gewünscht? Wenn ja von welcher Konfession?


Gottesdienstbesuch gewünscht:      Ja                       gelegentlich                       Nein



Fördernde und/oder gefährdende Erfahrungen und deren Auswirkung?:


### Grund zur Heimaufnahme

Was hat sich ereignet bzw. verändert, dass Sie einen Heimeinzug planen?


Kommt Ihre Angehörige aus dem Krankenhaus? Ja  Nein   
Wenn Ja; warum war sie dort?


Wer hat bisher Unterstützung im konkreten Tagesablauf geleistet?

Angehörige                       amb. Dienste                       Freunde/Nachbarn

Sonstige Personen  Namen, Anschrift, Tel. Nr.:


Wann wollen Sie in krisenhaften Situationen von uns informiert werden?

tagsüber                       am Tag und in der Nacht

von/bis Uhrzeit:

--

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Beziehung zur angemeldeten Person: (Tochter, Sohn, Enkel, Betreuer, Nachbar, Freund etc.)

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

Am: \_\_\_\_\_

*Vielen Dank für Ihre Mühe und Mitarbeit!*