

Fragenkatalog über Gewohnheiten und Bedürfnisse des Bewohners

(bitte genau beschreiben, nicht beurteilen)

(Anlage zum Heimantrag)

Name des Bewohners:

.....

Um eine optimale pflegerische Versorgung zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass das Pflegepersonal Informationen über die Gewohnheiten des Bewohners besitzt und über die nötigen Hilfen informiert ist.

Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen genau zu beantworten:

1. Ruhen und Schlafen

Schlafzeiten wann? Ruhepausen wo? Im Sessel, im Bett; schläft ruhig/unruhig, steht nachts allein auf, muss nachts öfter auf die Toilette? Welche Schlafgewohnheiten? Z.B. bei Licht, mit offenem Fenster, Heizung an oder aus?

.....

.....

2. Körperpflege

Wäscht sich selbst oder benötigt Hilfestellung? Badet oder duscht? Spezielle Seife oder Cremes?

.....

.....

3. Hautpflege

Trockne Haut, schuppige Haut, offene Hautstellen? Druckgeschwüre? Wo? Hautallergie und Unverträglichkeiten? Z.B. Wespenstiche, Lebensmittel oder Medizin?

.....

.....

4. An- und Auskleiden

Zieht sich selber an und aus oder benötigt Hilfestellung? Welche? Lieblingskleidung? Wechselt häufig die Kleidung?

.....

.....

5. Essen und Trinken

Ist eine bestimmte Vorbereitung der Speisen nötig? Lieblingsessen? Trinkmenge pro Tag? Lieblingsgetränk? Abneigungen? Isst und trinkt Selbst oder benötigt Hilfestellung? Welche? Zahnprothesen ? Nahrungsmittelallergie? Spezielle Diät? PEG – Sonde?

.....

.....

6. Ausscheidung: Stuhlgang

Besonderheiten ? Künstlicher Darmausgang? Abführmittel? Rhythmus? Inkontinenz? Geht selbst auf die Toilette? Benötigt Hilfestellung?

.....

.....

7. Ausscheidungen: Urin

Besonderheiten? Dauerkatheter? Inkontinenz? Geht selbst auf die Toilette?

.....

.....

8. Bewegen

Kann ohne Hilfe stehen und gehen? Benötigt beim Gehen Hilfestellung? Kann Treppen steigen, ja/nein ? Liegen Kontrakturen vor? Wenn ja, wo? Sind Unterarmhilfen, Rollstuhl, Gehstock oder Deltarad erforderlich?

Kann sich mit Rollstuhl selbständig fortbewegen oder benötigt Hilfestellung?

.....

.....

9. Sehen

Brille? Kontaktlinsen? Sehvermögen? Sieht alles klar und deutlich?

.....

.....

10. Hören

Hörgerät? Hörvermögen; hört alle Geräusche in unmittelbarer Umgebung, ja/nein? Ist geräuschempfindlich?

.....

.....

11. Sprache

Sprachvermögen: spricht alles klar und deutlich, ja/nein? Bei nein: kann von den Lippen ablesen?

.....

.....

.....

12. Orientierung

Z.B. zeitlich: kennt Uhrzeit, kennt Jahreszeit? Persönlich: kennt seinen Namen, kennt Namen der Angehörigen? Örtlich: kennt die Adresse seines Aufenthaltsortes? Liegen sonstige Störungen vor? Wenn ja, welche? (z.B. Verwirrtheitszustände, läuft weg)

.....

.....

13. Beschäftigung, Gewohnheiten, Hobbys

Tagesgestaltung, Kontakt zu anderen? (z.B. liest gern die Tageszeitung, schaut Fernsehen, nimmt gern an Ausflügen teil, geht spazieren)

.....

.....

14. Schmerzen

Haben Sie regelmäßig Schmerzen? Wo genau haben Sie die Schmerzen und wie stark sind die Schmerzen? Geht der Schmerz wieder fort oder bleibt er dauerhaft?

.....

.....

Wie oft und wann treten die Schmerzen auf? (z.B. zu bestimmten Tageszeiten, nach bestimmten Ereignissen, nach dem Essen, nach körperlicher Anstrengung, bei bestimmten Wetterlagen oder bei Bewegung)

.....

.....

Wie ist Ihre Einstellung zu Schmerzen / Schmerzmedikamenten? Nehmen Sie Schmerzmedikamente regelmäßig oder nur im äußersten Notfall ein?

.....

.....

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst im Umgang mit Schmerzen? Was ist Ihnen wichtig und wie können wir Sie dabei unterstützen?

.....
.....

15. Bisherige Lebensumstände

Z.B. ehemalige Wohnorte, jetziger Wohnort. Wichtige Lebensereignisse, die den Bewohner besonders beschäftigen?

.....
.....

16. Hinweise

Verhaltensweisen (worauf das Personal besonders achten sollte)

.....
.....

Wir danken für Ihre Mithilfe !

.....
Datum:

.....
Unterschrift