

Bewohnermanagement	Abteilung: Pflege
--------------------	-------------------

- Bitte legen Sie bei: 1. aktuellen Medikamentenplan
2. aktuelles Diagnosenblatt (ICD)

Persönliche Daten
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
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

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

Gesundheitszustand
Psychische Erkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche:
Suizidgefahr: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Suchterkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche:
Infektionskrankheiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche:
Allergien / Unverträglichkeiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche:
Schluckstörungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wunden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:
Dekubitus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo:
Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PEG: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoma: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewicht: Adipositas: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kachexie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Notwendige Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Oxymator <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Katheter: <input type="checkbox"/> Suprapubischer <input type="checkbox"/> Transurethraler

Kognitive / Kommunikative Fähigkeiten	vorhanden	größtenteils vorhanden	gering vorhanden	nicht vorhanden
Orientierung: Personelle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Risiken und Gefahren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligung an einem Gespräch:	<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"/>
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"/>



Seiten 1 -2	erstellt	evaluiert	freigegeben
Name	Joanna Spsychalski		Martin Leynar
Datum	03.06.2025.		04.06.2025

Bewohnermanagement	Abteilung: Pflege
--------------------	-------------------

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"/>
Hinlauftendenz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegerischer Unterstützungsbedarf	selbständig	geringe Hilfe	überwiegende Hilfe	unselbständig
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

Seiten 2 -2	erstellt	evaluiert	freigegeben
Name	Joanna Spsychalski		Martin Leynar
Datum	03.06.2025.		04.06.2025