

Kundennummer:

Datum Aktualisierung

1. Die Betreuende Person

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Ort	
PLZ		Straße	
Tel. (Festn.)	0049-	Tel. (Mobil)	0049-
Lebt die zu betreuende Person allein?		<input type="checkbox"/> ja	Nein, mit wem?
Geschlecht	Wählen Sie	Pflegegrad	Wählen Sie
Gewicht	kg	Größe	cm
Lage der Wohnung	Wählen Sie	Wohnsituation	Wählen Sie

2. Zuständige Kontaktperson

Name		Vorname	
PLZ, Ort		Straße	
Tel. (Festn.)	0049-	Tel. (Mobil)	0049-
e-mail		Bezug	

3. Bekannte Diagnosen

<input type="checkbox"/> abgelähmt	<input type="checkbox"/> Demenz/beginnende	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Amputiert	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Diabetes Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> erhöhte Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall links
<input type="checkbox"/> C2H50H	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Tumor

Sonstiges

4. Aktuelle Therapien

<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Logopädie
---------------------------------------	---	---	------------------------------------

Sonstiges

5. Pflegedienst

Kommt ein Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie oft?	Wählen Sie	Weiter in Abspruch nehmen	Wählen Sie
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Reinigung	<input type="checkbox"/> Hygiene		

Sonstiges

6. Ausscheidungen

Urin	<input type="checkbox"/> Kontinent	<input type="checkbox"/> Inkontinent Tag	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinent Nacht		
Stuhl	<input type="checkbox"/> Kontinent	<input type="checkbox"/> Inkontinent Tag	<input type="checkbox"/> Inkontinent Nacht		
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
Toilette Benutzung	Wählen Sie	Sonstiges			

7. Schlafen

Schlafprobleme?	Wählen Sie	Gründe			
Wie steht er/sie auf?	Wählen Sie	Wird Hilfe benötigt?	manchmal	Schlafmittel	Wählen Sie

8. Wesen, Charakter und Interessen

<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> zurückhaltend	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> sensibel	<input type="checkbox"/> humorvoll
<input type="checkbox"/> launisch	<input type="checkbox"/> lieb, positiv	<input type="checkbox"/> misstrauisch	<input type="checkbox"/> kritisch	<input type="checkbox"/> negativ

Kurze
Beschreibung

9. Derzeitige Tagesstruktur der zu betreuenden Person

Wecken um	Uhr	ausschlafen lassen	Wählen Sie
Morgens, Vormittags			
Mittags		Mittagsschlaf	
Nachmittags, Abends			
geht ins Bett			

10. Orientierung

Zeitlich	Wählen Sie	Örtlich	Wählen Sie	Zur Person	Wählen Sie
----------	------------	---------	------------	------------	------------

11. Sinnesfunktionen

Sprechen	Wählen Sie	Hören	Wählen Sie	Sehen	Wählen Sie
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Augentropfen	<input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden	<input type="checkbox"/> Brille vorhanden		

12. Bewegung

Mobilität	Wählen Sie	Treppensteigen	Wählen Sie
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl

13. Transfer

Transfer	Wählen Sie	Hilft mit, kann	Wählen Sie
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Lifter
	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toiletttenstuhl

14. Essen und Trinken

Essen	Wählen Sie	Trinken	Wählen Sie
Trinken (Menge)	Wählen Sie	Essen (Menge)	Wählen Sie
Kau-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Kauen	<input type="checkbox"/> Schlucken
Lieblingsgerichte			<input type="checkbox"/> PEG Sonde
Ißt nicht			

15. Körperpflege

Gesicht	Wählen Sie	Oberkörper	Wählen Sie	Mundpflege	Wählen Sie
Prothese	Wählen Sie	Hautpflege	Wählen Sie	Rasieren	Wählen Sie
Haare waschen	Wählen Sie	wie oft?	Wählen Sie	Haare kämmen	Wählen Sie
Handpflege	Wählen Sie	Gesäß, Beine	Wählen Sie	Intimpflege	Wählen Sie
Fußpflege	Wählen Sie	Duschen, Baden	Wählen Sie	An-/Entkleiden	Wählen Sie
Hilfsmittel, sonstiges					

16. Lebenssituation der Patient/in, Zusätzliche Informationen

17. Erwartungen an die Betreuungskraft

Geschlecht	Wählen Sie	Sprachkenntnisse (deutsch)	Wählen Sie
Qualifikation	Wählen Sie		
Führerschein	Wählen Sie	Rauchen	Wählen Sie
Sonstiges			

18. Rahmenbedingungen für die Betreuungskraft

Fortbewegungsmittel	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> Öffentl. Verkehrsmittel	<input checked="" type="checkbox"/> Auto
Zimmerausstattung	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Schrank
	<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> TV	<input checked="" type="checkbox"/> Internet
Einkaufsmöglichkeiten	Wählen Sie	Nachteinsätze	Wählen Sie
Mittagspause		Freizeitregelung	

19. Tätigkeitsbereich der Betreuungskraft

Haustierpflege	<input type="checkbox"/> ja, welche	<input type="checkbox"/> Mitversorgung	
Essenvorbereitung	Wählen Sie	<input type="checkbox"/> Kochen	Wählen Sie
Wäsche waschen	Wählen Sie	<input type="checkbox"/> Bügeln	Wählen Sie
Einkaufen	Wählen Sie	<input type="checkbox"/> Spaziergang	Wählen Sie
Begleitung zum Arzt	Wählen Sie	Reinigung des Arbeitsplatz	Wählen Sie
Gibt es eine Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie oft?
Sonstiges			