



1. Angaben zur Person

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5 beantragt

Besteht Weglauftendenz nein ja **Motorische Unruhe** nein ja

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich (z. B. Bettgitter, Fixierung) nein ja

Wenn ja, welche _____

Vormundschaftsrichterliche Genehmigung liegt vor nein ja ist beantragt

2. Kommunikation/Sinneseindrücke

Hören gut eingeschränkt schwerhörig taub

Sehen gut eingeschränkt sehbehindert blind

3. Bewusstsein

klar verwirrt komatös reagiert auf Ansprache reagiert nicht auf Ansprache

Anfallsleiden, welche _____

4. Orientierung

Zeitlich ja zeitweise nein

Örtlich ja zeitweise nein

Zur eigenen Person ja zeitweise nein

Zu vertrauten Personen ja zeitweise nein

Zur Situation ja zeitweise nein

5. Pflegehilfsmittel

Gehstock Gehwagen Rollstuhl

Brille Kontaktlinsen Zahnprothese Hörgerät

Insulin-Pen Ernährungspumpe Blasenkatheter Stoma (künstl. Darmausgang)

sonstige Hilfsmittel _____

6. Essen und Trinken

Vollkost leichte Vollkost vegetarische Kost Sondennahrung

Besteht ein Lebensmittelallergie? nein ja, gegen _____

Diät oder Unverträglichkeiten, welche _____

Nahrungsaufnahme selbständig überwachen mundgerecht anreichen

Schluckstörungen beim Essen Trinken

7. Bewegung

selbständig teilweise Unterstützung vollständige Unterstützung bettlägerig

Rollstuhl Rollator Gehhilfe, welche _____

Lähmungen, wo _____ Amputationen, wo _____

Sonstige Behinderungen _____

8. Hautzustand

intakt Hautschäden, Wunden, wo _____

9. Chronische Schmerzen

nein ja, wo _____

10. Ausscheidung

Toilettengang selbständig teilweise Unterstützung vollständige Unterstützung

Stuhlinkontinenz nein gelegentlich häufig dauernd

Harninkontinenz nein gelegentlich häufig dauernd

Inkontinenzmaterial, welches _____

Blasenkatheter

Ort, Datum

Unterschrift des künftigen Bewohners oder
eines Angehörigen oder einer Pflegekraft