

Stammdaten Klientin / Klient

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Fragen zur persönlichen Situation des Gastes oder an den betreuenden Angehörigen bzw. Fachdienst

Tätigkeit	selbstständig	unter Anleitung	unter Beaufsichtigung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Tätigkeit in der Nacht erforderlich
Morgen- / Abendhygiene	<input type="checkbox"/>					
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>					
Kämmen / Rasieren	<input type="checkbox"/>					
Zähne / Zahnprothese- / Mundpflege	<input type="checkbox"/>					
Darmentleerung	<input type="checkbox"/>					
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>					
Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>					
Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>					
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>					
Stehen	<input type="checkbox"/>					
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>					
Verlassen / Wiederfinden des Zimmers	<input type="checkbox"/>					
Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

Essen / Trinken

Kostformen Normalkost Diabetiker salzarm purinarm passiert

Sonstige:

Unverträglichkeiten

Welche:

Notfallmedikation:

Flüssigkeitsmenge keine Besonderheiten mind. _____ ml / tgl. max. _____ ml / tgl.

Flüssigkeitswunsch Wasser Tee Kaffee Fruchtsäfte beliebig

Orientierungsvermögen

Zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Persönlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Hörgeräte Anzahl
Sprachvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	
Sehvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	
	<input type="checkbox"/> Brille(n) Anzahl:	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen Anzahl:	

Hilfsmittel

Folgende Hilfsmittel bringe ich mit (z. B. Rollator, Talker, Duschstuhl etc.):

Psychische Situation

- | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> Bewegungsdrang / Wandertrieb |
| | <input type="checkbox"/> hyperaktiv | <input type="checkbox"/> aufgeregt | <input type="checkbox"/> notorische Unruhe |
| | <input type="checkbox"/> verschobener Tag- / Nacht-Rhythmus | <input type="checkbox"/> Hinlauftendenzen | |

Sonstiges (z. B. Zwänge)? Wenn Ja, bitte ausführen:

Psychische Erkrankung? ja nein

Welche:

Besonderheiten in der Begleitung aufgrund der Doppeldiagnose oder Trauma? ja nein

Welche:

Freiheitsentziehende Maßnahmen / Sturzprävention

Sturzgefährdung ja nein

Maßnahmen zur Sturzprävention (z. B. Unterhaken bei Gängen, festes Schuhwerk etc.) ?

Hüftschutz Helm Stecktisch Bettgitter

Sonstige? Welche?

Fixierung Welche?

Weiterführende Informationen zur Fixierung und Sturzprävention:
(z.B. Bestimmte Zeiten der Fixierung, Beschlüsse des Amtsgerichts, Erklärung zur freiwilligen Maßnahme FEM)

Ausscheidung

Stuhlgang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> neigt zu Durchfall	<input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	
Einlagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	
Tagesbedarf (Schutzmaterial)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	
Toilettengang selbstständig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Beschreibung des Hilfebedarfs:

Nachtbedarf (Schutzmaterial) ja nein

Beschreibung des Hilfebedarfs in der Nacht:

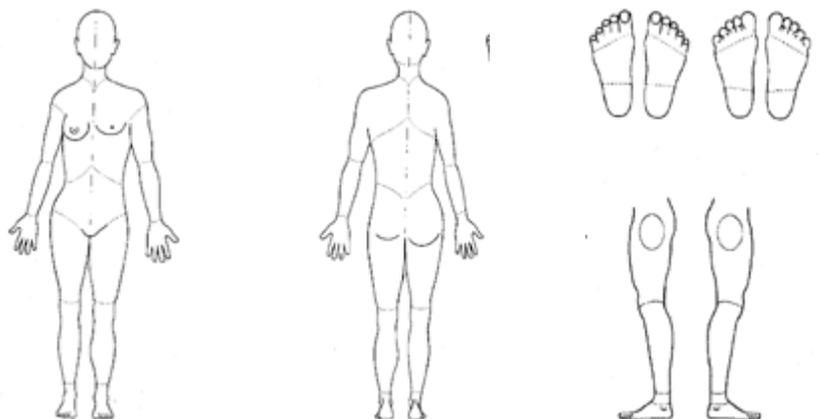
Sonstige Angaben zur Ausscheidung:

Wundversorgung

Chronische Wunden? ja nein

Wundbeschreibung:

Lokalisation?



Wundversorgung durch Dritte: Arzt Pflegedienst Visite vereinbaren

Sonstige Angaben (z. B. Besonderheiten der Hautpflege):

Weiterführende Angaben zu verschiedenen Lebensgewohnheiten:

Ruhe und Schlaf:

z.B. Angaben über Schlafzeiten nachts / Mittagsschlaf...
Schlafgewohnheiten (am liebsten in Linksseitenlage / Füße nicht zudecken...) etc :

Körperpflege / Mundpflege:

z.B. Angaben über lieber duschen statt baden / lieber morgens als abends
spült die Zahn- (Teil-) Prothese abends ab, lässt sie aber nachts im Mund.../ nicht im Mund
Wäscht die Haare mindestens x / Woche....
spezielle Pflegemittel / Lotionen / Shampoos

An- Auskleiden:

z.B. Angaben über...trägt bis zu hochsommerlichen Temperaturen immer eine lange Unterhose /
- liebt es im Schlafanzug sitzend morgens die erste Tasse Kaffee zu trinken... /
- trägt immer eine „feine Bluse / Hemd“ / Schmuck / Ohrringe
- mag keine engen Sachen / Kragen am Hals.....

Unterhaltung und Bewegung:

z.B. Angaben über die Geselligkeit / Einzelgänger . /
Spielt gerne Karten z.B. Skat, Doppelkopf, Rommé / Gesellschaftsspiele z.B. Mühle, Halma....
Sieht im TV gerne „Tier-Dokumentationen“ oder die Serie
Er / Sie muss eher zur Bewegung aufgefordert werden / oder ist ständig in Bewegung/ liebt Spaziergänge im Freien...

Kommunikation und Hilfsmittel:

Verwendung von UK (Talker, Bildkarten, Gebärden etc.)
Angaben wie z.B.: Beeinträchtigungen durch schlechtes Sehen oder Hören /
Er / Sie versteht einen sehr schlecht, wenn z.B. viele Menschen durcheinander sprechen....
Verabscheut laute Musik / Fernsehen im Hintergrund...
War immer sehr redegewandt / oder wortkarg / Unterhält sich sehr gern über folgende Themen...

Gewohnheiten, Vorlieben die noch keine Erwähnung gefunden haben:

Bisherige Lebensumstände und Arbeitsbereich (wenn vorhanden):

Was ist aus Ihrer Sicht wissenswert für das Personal (z.B. familiäre Situation, mögliche Routinen im Alltag, Einschlafrituale, Musik, etc.

Danke für die Angaben. Mit Ihren Informationen helfen Sie uns,
unseren neuen Gast seinen Wünschen und Bedürfnissen gemäß aufzunehmen.
Dieses Dokument ist Bestandteil der Bewohnerakte und unterliegt daher
allen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen der Bewohner-bezogenen Daten!

Ansprechpartner / das Formular wurde ausgefüllt von...

Unter Mithilfe des KZB Gastes: ja nein

Mit Unterstützung durch

Angehörige ja nein

Professionell Pflegende ja nein

Name & Anschrift der ausfüllenden Person

Vorname, Name _____

Straße, Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift