



## 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  reagiert auf Ansprache  reagiert nicht auf Ansprache  komatös

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

Lähmungen, wo \_\_\_\_\_    Amputationen, wo \_\_\_\_\_

Sonstige Behinderungen \_\_\_\_\_

## 8. Hautzustand

intakt    Hautschäden, Wunden, wo \_\_\_\_\_

## 9. Größe und Gewicht

Größe in cm \_\_\_\_\_   Gewicht in Kg \_\_\_\_\_

## 10. Chronische Schmerzen

nein    ja, wo \_\_\_\_\_

## 11. Ausscheidung

**Toilettengang**    selbständig    teilweise Unterstützung    vollständige Unterstützung

**Stuhlinkontinenz**    nein    gelegentlich    häufig    dauernd

**Harninkontinenz**    nein    gelegentlich    häufig    dauernd

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des künftigen Bewohners oder  
eines Angehörigen oder einer Pflegekraft