

# Aufnahmebogen

FB 403 102

**Stammdaten:**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geboren:</b>
<b>Anschrift:</b>		
<b>Telefon:</b>		

**Angehörige/Betreuer:**Betreuer 

<b>Name/Verwandtschaftsgrad:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefon/Handy:</b>	
<b>Besonderheiten:</b>	

Betreuer 

<b>Name/Verwandtschaftsgrad:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefon/Handy:</b>	
<b>Besonderheiten/Fixierung:</b>	
<b>Leistungsnachweis zuschicken an:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>unterschreibt selbst:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Weitere Betreuung durch</b> <input type="checkbox"/> ambulante Pflege <input type="checkbox"/> _____	<b>Adresse:</b> _____ _____ <b>Telefon:</b> _____ <b>Ansprechpartner:</b> _____

# Aufnahmebogen

FB 403 102

Gewünschter Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Anwesenheitstage:  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  FreitagLiegt ein Pflegegrad vor:  JA  NEIN  ist beantragt

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertennr.: \_\_\_\_\_

Wenn JA, welcher Pflegegrad liegt vor:

 PG1  PG2  PG3  PG4  PG5**Hausarzt:**

Name:	
Adresse:	
Telefon:	

**Abtretungserklärung:**  JA  NEIN**Beihilfe:**  JA  NEIN**Medikamente:**  keine  morgens  mittags**Allergien:**  JA  NEIN

Wenn JA, welche: \_\_\_\_\_

**Fahrservice:**  JA  NEIN  
 nur morgens  nur nachmittags**Rollstuhltransport:**  JAWie haben Sie von uns erfahren:  
\_\_\_\_\_

# Aufnahmebogen

FB 403 102

## Wird für folgende Bereiche der Körperpflege, Ernährung und Mobilität dauerhaft Pflege benötigt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> im Bereich der Mobilität Gehen/Stehen | <input type="checkbox"/> bei den Toilettengängen                   |
| <input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden               | <input type="checkbox"/> bei der Nahrungsaufnahme                  |
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Zubettgehen            | <input type="checkbox"/> bei mundgerechter Zubereitung der Nahrung |

## Orientierungsstörungen

- |            |                             |                                    |                               |
|------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| 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 |

## Bewegung

- Ohne Hilfsmittel
- Mit Hilfsmittel

## Folgende Hilfsmittel werden benötigt:

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Brille                          |
| <input type="checkbox"/> Rollator  | <input type="checkbox"/> Hörgerät rechts/links/beidseits |
| <input type="checkbox"/> Gehstock  | <input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial             |
| <input type="checkbox"/> Sonde/PEG | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter                   |

## Kommunikation

- Sprachstörungen
- Sehstörungen
- Hörstörungen

## Gemütslage

- |                                     |                                    |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> launisch  | <input type="checkbox"/> zurückgezogen |
| <input type="checkbox"/> gesellig   | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> optimistisch  |
| <input type="checkbox"/> kooperativ | <input type="checkbox"/> traurig   | <input type="checkbox"/> pessimistisch |

## Mittagsruhe

- keine  im Bett  im Sessel/Sofa

## Kostformen

- Normalkost  Schonkost

Abneigungen/Vorlieben: \_\_\_\_\_

## Frühstück

- |                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brot     | <input type="checkbox"/> Marmelade     | <input type="checkbox"/> Saft/Schorle      |
| <input type="checkbox"/> Brötchen | <input type="checkbox"/> Honig         | <input type="checkbox"/> Kaffee mit Milch  |
| <input type="checkbox"/> Butter   | <input type="checkbox"/> Käse          | <input type="checkbox"/> Kaffee ohne Milch |
| <input type="checkbox"/> Wurst    | <input type="checkbox"/> Mineralwasser | <input type="checkbox"/> Tee               |

# Aufnahmebogen

FB 403 102

## Risikomanagement

Gefährdungsbereich	Nein	Ja	Risikofaktoren
<b>Dekubitusgefahr</b>			<input type="checkbox"/> Bewegungsminderung <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> Exsikkose <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> vorgeschädigte Haut
<b>Schmerzen</b>			<input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> wiederkehrende Schmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzmitteleinnahme
<b>Mangelernährung</b>			<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust in kurzer Zeit <input type="checkbox"/> Immobilität <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Depression
<b>Wunden</b>			<input type="checkbox"/> Dekubitus, wo.... <input type="checkbox"/> diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/> Ulcus cruris, wo....
<b>Harninkontinenz</b>  <i>Produkte:</i> _____  <i>Unterstützung:</i> _____ _____ _____			<input type="checkbox"/> brennen beim Wasserlassen <input type="checkbox"/> verzögerter Beginn des Wasserlassens <input type="checkbox"/> verlängertes Wasserlassen <input type="checkbox"/> ständiger/unwillkürlicher Urinabgang <input type="checkbox"/> nächtlicher Harndrang <input type="checkbox"/> Gefühl der nicht vollständig entleerten Blase <input type="checkbox"/> pressen beim Wasserlassen <input type="checkbox"/> tröpfeln nach dem Wasserlassen <input type="checkbox"/> eingeschr./fehlendes Gefühl der Blasenfüllung <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen
<b>Sturzgefahr</b>			<input type="checkbox"/> Sturz in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/> Stand-/Gangunsicherheit <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Aufstehen <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite <input type="checkbox"/> Psychopharmaka Einnahme <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz <input type="checkbox"/> eingeschränkte Sehkraft, Hörkraft <input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung <input type="checkbox"/> starker Bewegungsdrang

## Pflegerelevante Besonderheiten:

---



---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_