Pflegeüberleitender Fragebogen

zur Aufnahme in unsere Einrichtung

DRK Pflege- und Seniorenheim „Clara Zetkin“

Fetscherstraße 111, 01307 Dresden
Tel.: 0351-4451-627

STAMMDATEN:

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Pflegegrad : _____

Bitte fügen Sie eine aktuelle Auflistung aller bekannten Diagnosen, einen aktuellen Medikamentenplan und ggf. ein aktuelles Insulinschema hinzu!

MEDIZINISCHE ANGABEN: (*Erste Seite bitte mit/ vom Hausarzt ausfüllen lassen*.)

Größe : _____ Gewicht : _____

Wunden: □ Dekubitus Lokalisation: _____ Kategorie: □1 □2 □3 □4

□ Ulcus cruris Lokalisation: _____

□ sonstige Wunde _____

Einverständnis mit externer Wundschwester? □ Ja □ Nein

□ Trachealkanüle □ Beatmungspflicht □ Sauerstoff/ Nasenbrille

□ PEG/ PEJ/ Nasalsonde □ Portanlage □ Dysphagie

Bestehen ansteckende Krankheiten?

□ MRSA/ESBL □ MRGN 3□ 4□ □ HIV □ Tbc

□ akute Gastroenteritis □ Scabies □ Hepatitis A□ B□ C□

Andere Infektionen?

_____

_____

_____

Wurde bereits eine Sanierung begonnen? □ Nein

□ Ja, am _____ mit _____

Sind Allergien und/ oder Unverträglichkeiten bekannt?

_____

_____

_____

Liegen Suchterkrankungen vor? □ Nein

□ Ja, folgende: _____

HILFSMITTEL:

□ Rollstuhl □ Rollator □ Gehstock/-gestell □ Kompressionsstrümpfe
□ Nachtstuhl □ Brille □ Kontaktlinsen □ Hörgeräte
□ Armprothese □ Beinprothese □ Glasauge □ Herzschrittmacher
□ Sauerstoff □ Inhalator □ Antidekubitusmatratze
□ Zahnprothesen (□ oben/ □ unten) □ Inkontinenzmaterialen

ORIENTIERUNG:

	ja	teilweise	nein
Zum Ort	□	□	□
Zur Zeit	□	□	□
Zur Person	□	□	□
Zur Situation	□	□	□

KOMMUNIKATION:

Sehen □ gut □ eingeschränkt □ erblindet
Hören □ gut □ eingeschränkt □ gehörlos
Sprechen □ gut □ eingeschränkt □ verstummt

Wie ist der GEMÜTSZUSTAND?

□ kontaktfreudig □ freundlich/ zugewandt □ kommunikationsfreudig
□ kontaktablehnend □ antriebsarm □ ängstlich

Gibt es VERHALTENS - AUFFÄLLIGKEITEN?

□ antriebssteigernd □ autoaggressiv □ fremdaggressiv
□ eigengefährdet (z. Bsp. Substanzen) □ Räumen/ Sammeln □ herausfordernd
□ Hinlauftendenz (*Weglaufgefahr*) □ weinerlich □ depressiv

Liegen PSYCHISCHE STÖRUNGEN vor? □ Nein

□ Ja, folgende: _____

_____

Liegt ein FIXIERUNGSBESCHLUSS oder ein Antrag auf Fixierung vor?

□ Ja □ Nein

Liegt ein BESCHLUSS AUF UNTERBRINGUNG vor?

□ Ja □ Nein

Liegt ein gestörter Tag-/ Nacht- Rhythmus vor?

□ Ja, häufig □ Ja, gelegentlich □ Nein

HAUTZUSTAND:

□ normal □ trocken □ schuppig □ Pergamenthaut
□ feucht □ gerötet □ rissig □ sonnenempfindlich

Hautpflege erfolgt meist mit: _____

HILFE BEI DEN TÄGLICHEN VERRICHTUNGEN:

Hilfe wird benötigt beim:	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen				
Treppen steigen				
Mobilisation/ Transfer				
bettlägerig				
Umlagern im Bett				
Nächtliche Hilfe auf WC				
Essen/ Trinken				
Waschen/ Duschen				
An-/ Auskleiden				
Rasur/ Frisieren				
WC/ Nachtstuhl am Tag				

Ist die Versorgung mit Ausscheidungshilfen nötig? □ Nein

Harninkontinenz: □ Ja □ zeitweise □ Nein
Stuhlinkontinenz: □ Ja □ zeitweise □ Nein

Dauerkatheter: □ Ja □ Nein
□ transurethral □ suprapubisch
□ Größe _____CH □ letzter Wechsel am: _____

Anus praeter □ Ja □ Nein

Inkontinenzmaterial: am Tag: □ Vorlage klein □ Vorlage groß □ geschlossenes System
Nachts: □ Vorlage klein □ Vorlage groß □ geschlossenes System

Obstipationsgefahr *(Verstopfung)* □ Ja □ zeitweise □ Nein
Diarrhö *(Durchfall)* □ Ja □ zeitweise □ Nein

Wichtige Hinweise/ Bemerkungen:

_____
_____
_____
_____

_____ _____
Datum Unterschrift