

## Fragebogen zur Anfrage Aufnahme im Brabenderstift Zülpich

Anfrage Kurzzeitpflege

oder vollstationäre Pflege

KZP gewünscht von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ aus \_\_\_\_\_

Krankenhaus

von Zuhause

Was ist das Ziel der KZP? \_\_\_\_\_

Was geschieht nach der KZP? \_\_\_\_\_

Vollstationäre Pflege gewünscht ab: \_\_\_\_\_

### Anfrage für:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geb. Datum/Ort \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Pflegekasse/Krankenkasse \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Befreiung der Rezeptgebühr ja/nein

Hausarzt \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Mobile Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Vorsorgevollmacht ja/nein    Patientenverfügung ja/nein**

Allergie vorhanden, falls ja welche \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher vorhanden    Ja     Nein

### Hilfsmittel körpernah/fern

- Zahnprothese oben
- Zahnprothese unten
- Hörgerät rechts
- Hörgerät links
- Brille
- Rollator
- Rollstuhl

### Unterstützungsbedarf bei der Orientierung

- Zur Zeit
- Zur Situation
- Zum Ort
- Inadäquate Verhaltensweisen
- Motivation
- Schlafgewohnheiten

### Pflegerelevante Unterstützung

- Mobilität, Bewegung
- Ernährung
- Flüssigkeit
- Wundversorgung
- Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen
- Injektionen
- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Orientierung
- Körperpflege
- Medikamentenmanagement
- An- und Auskleiden
- Duschen
- Körperpflege
- Sonstiges

### Kurze Beschreibung Tagesablauf, Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen

---

---

---

### Wichtige Informationen, aktuelle Krankenhausaufenthalte

---

---

---