

Fragebogen zur Aufnahme im Barbarahof Mechernich

Anfrage Kurzzeitpflege (KZP) vollstationäre Pflege (DP) Tagespflege (TP)

Aus Krankenhaus _____ von zu Hause Sonstiges _____

Wird nach der KZP noch VP (Verhinderungspflege) benötigt? ja nein

Vollstationäre Pflege gewünscht ab: _____

Wohnbereich / Zimmer: _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Tagespflege ab: _____ Probetag am: _____

Betreuungstage:

Mo Di Mi Do Fr

Fahrdienst: Hin Rück Rollstuhlfahrt: ja nein

Anfrage für:

Name, Vorname	_____	Geburtsname	_____
Geb.-Datum/Ort	_____	in	_____
Adresse	_____		
Familienstand	_____		
Konfession	_____		
Staatsangehörigkeit	_____		
Pflegegrad	_____	seit wann	_____
Größe	_____	Gewicht	_____
Pflege/Krankenkasse	_____	Vers. Nr.	_____
Befreiung Rezeptgebühr	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____	
Hausarzt	_____		

Ansprechpartner:

Name, Vorname _____
Verwandtschaftsverhältnis _____
Adresse _____
Telefonnummer _____
E-Mail-Adresse _____

Vorsorgevollmacht: ja nein

Patientenverfügung: ja nein

Kontaktdaten des Bevollmächtigten: _____

Allergien, wenn ja welche: _____

Herzschrittmacher / sonstige Implantate (künstl. Gelenkersatz) _____

Hilfsmittel körpernah/fern:

- Zahnprothese oben
- Zahnprothese unten
- Hörgerät rechts
- Hörgerät links
- Brille
- Kontaktlinsen
- Gehstock
- Rollator
- Rollstuhl
- Sonstiges

Unterstützungsbedarf bei der Orientierung:

- Zur Zeit
- Zur Situation
- Zur Person
- Verhaltensauffälligkeiten
- Motivation
- Schlafgewohnheiten

Pflegerelevante Unterstützung:

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

Aktuelle Diagnosen: _____

Kurze Beschreibung Tagesablauf, Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen:

Wichtige Informationen, aktuelle Krankenhausaufenthalte:
