



## Pflegerischer Fragebogen

<b>Nachname:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>			

Um eine gute pflegerische Versorgung zu gewährleisten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

<b>Ruhen und Schlafen</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> unruhiger Schlaf	<input type="checkbox"/> nächtl. Aufstehen	<input type="checkbox"/> häufige Toilettengänge
	Gewohnte Schlaf- und Ruhezeiten:		
	Schlaförtlichkeiten:		
	Sonstiges:		

<b>Körperpflege</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> benützt Bad	<input type="checkbox"/> benützt Dusche	
	Welche Hilfe wird beim Waschen benötigt:		
	Verwendung von speziellen Seifen, Cremes, sonstiges:		
	Sonstiges:		

<b>Hautpflege</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> intakte Haut	<input type="checkbox"/> feuchte Haut	<input type="checkbox"/> trockene Haut
	<input type="checkbox"/> schuppige Haut	<input type="checkbox"/> offene Hautstellen	
	Bestehende Druckgeschwüre (Dekubitus):		
	Bestehende Allergien:		
	Verwendung von speziellen Pflegemittel, sonstiges:		

<b>An- und Auskleiden</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> häufiger Kleidungswechsel
	Welche Hilfe wird beim An- und Auskleiden benötigt:
	Lieblingsbekleidung, sonstiges:

<b>Sehen</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
	<input type="checkbox"/> Blind	<input type="checkbox"/> kann die Körperposition verändern
	Welche Hilfe wird beim Sehen benötigt:	



<b>Essen und Trinken</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> leichte Kost	<input type="checkbox"/> Zahnprothese
	<input type="checkbox"/> PEG (Sonde)	<input type="checkbox"/> Tagestrinkmenge:	
	Welche Hilfe wird bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme benötigt:		
	Bestehende Lebensmittelallergien:		
Verwendung von speziellen Hilfsmittel, sonstiges:			

<b>Ausscheidung</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Urinkontinent	<input type="checkbox"/> Urininkontinent	<input type="checkbox"/> Abführmittel
	<input type="checkbox"/> Stuhlkontinent	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinent	
	<input type="checkbox"/> Urinkatheter	<input type="checkbox"/> Inkontinenzsysteme	
	Welche Hilfe wird bei der Ausscheidung benötigt:		
Bestehende Ausscheidungsgewohnheiten:			

<b>Bewegung/ Mobilität</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> im Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> kann stehen	<input type="checkbox"/> kann die Körperposition verändern
	Welche Hilfe wird bei der Mobilität und beim Stehen benötigt:	

<b>Hören</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Geräuschempfindlich
	Welche Hilfe wird beim Hören benötigt:	

<b>Sprechen</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Aphasie
	<input type="checkbox"/> ist mitteilbar	<input type="checkbox"/> Sprache klar und deutlich
	Welche Hilfe wird beim Sprechen benötigt:	

<b>Orientierung</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Erinnerung Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Erinnerung Jahreszeit	<input type="checkbox"/> Erinnerung Namen
	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> geht/läuft weg	
	Welche Hilfe wird bei der Orientierung benötigt:		



<b>Beschäftigung Gewohnheiten</b>  (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Tageszeitung	<input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Spaziergänge
	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Raucher
	Welche Hilfe wird benötigt:		
	Hobbies:		

**Sonstige pflegerische Besonderheiten:**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller