



Pflegerischer Fragebogen

Nachname:		Vorname:	
Geburtsdatum:			

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

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

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

Hautpflege (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:			

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

Sehen (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:		



Essen und Trinken (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:		

Ausscheidung (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:			

Bewegung/ Mobilität (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:	

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

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

Orientierung (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:		



Beschäftigung Gewohnheiten (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

Abkürzung	Dokumentename	Version	Seite
Fo_SD_0003	Pflegerischer Fragebogen	b	3 von 3