

Fragebogen zur Pflege/Betreuung

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

- Langzeitpflege** **Kurzzeitpflege**

Bitte alle Fragen vollständig beantworten und Zutreffendes ankreuzen.

I. Persönliche Daten des Heimwerbers

Vor- und Zunahme (bitte in Blockbuchstaben):
Geburtsdatum, Versicherungsnummer:
Wohnadresse:
Telefonnummer:
Bezugs- Kontaktperson:
Wohnadresse, Telefon:
Hausarzt:

II. Durchführung von Alltagsaktivitäten

Im folgenden Bereich finden sie in Tabellenform Fragen zur Selbständigkeit bei unterschiedlichen Alltagsaktivitäten.

	selbständig	mit Hilfe	nicht möglich
Sich in der Wohnung fortbewegen (im Raum, in den Gängen)			
Sich außerhalb der Wohnung fortbewegen (Arztbesuch)			
Sich in einen Stuhl zu setzen und wieder aufzustehen			
Die Körperposition im Bett verändern (hinlegen, aufsitzen, drehen)			

Hilfsmittel (Gehstock, Rollator):

Sturzereignisse in den letzten 3 Monaten keines mehrere nicht bekannt

Bekannte Symptome: Schwindel Gangunsicherheiten

Beratungsstelle Völs

Moosau 7 . 6176 Völs . Telefon: 0512 / 302655. Fax: DW 398
E-Mail: b.gutwenger@gdv.tirol; p.maier@gdv.tirol; www.gdv.tirol

Medikamenteneinnahme:

- Kontrolle der Einnahme notwendig
- selbstständig

III. Funktionen und Besonderes

Sehen

- ungestört
- Beeinträchtigung, im Ausmass
 - Brille

Hören

- ungestört
- Beeinträchtigung, im Ausmass
 - Hörgerät
 - einseitig
 - beidseitig

Sich verständlich machen

- kann sich über alles verständlich machen
- kann nur einfache Sachverhalte ausdrücken (Hunger, Durst)
- kann sich nicht verständlich machen

Orientierung

zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
persönlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

Kognitive Veränderungen

Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	Anzeichen:
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	Anzeichen:
Handlungsplanung	<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	Anzeichen:
Kommunikation	<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	Anzeichen:

Auffälligkeiten/besondere Vorkommnisse

<input type="checkbox"/> Unruhe, Umherirren	<input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> Schreien
<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/> Anfallserkrankung	<input type="checkbox"/> ständige Aufsicht
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Deprimierte Stimmungslage (unglücklich, traurig, energielos, sozialer Rückzug)

Schmerzzustände nein ja.....

