

Pflegerische Beurteilung

Um uns vorab ein Bild über Ihren Allgemeinzustand machen zu können,
beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen:

Name, Vorname(n): _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Kommunikation

Sprachvermögen

gut

eingeschränkt

Hörvermögen

gut

eingeschränkt

Sehvermögen

gut

eingeschränkt

Hilfsmittel

keine

Brille

Hörgerät

Sonstiges _____

2. Bewegung

Gehen

selbständig

eingeschränkt

nicht möglich

Stehen

selbständig

eingeschränkt

nicht möglich

Treppensteigen

selbständig

eingeschränkt

nicht möglich

Hilfsmittel

keine

Gehstock

Rollator

Rollstuhl

Sonstiges _____

Besteht eine körperliche Beeinträchtigung

(z.B.: Kontrakturen, Lähmungen, Amputationen, Gleichgewichtsstörungen o. ä.)

3. Pflege

Baden/duschen:

selbständig

eingeschränkt

Waschen/teilwaschen:

selbständig

eingeschränkt

Augen-/Ohrenpflege:

selbständig

eingeschränkt

Mund-/Zahnpflege

selbständig

eingeschränkt

Rasieren/Kämen

selbständig

eingeschränkt

Nagelpflege

selbständig

eingeschränkt

Benutzen Sie spezielle Hautpflegemittel: ja nein

Welche: _____

Liegt ein Hautdefekt vor ja nein

Wo?: _____

Allergien ja nein

Auf was: _____

4. An-/ Auskleiden selbständig eingeschränkt

5. Ausscheidung

Harninkontinenz: ja nein

Stuhlinkontinenz: ja nein

6. Trinken und Essen

Trinken: selbständig eingeschränkt

Essen: selbständig eingeschränkt

Vorlieben bzw. Abneigungen:

7. Ruhen und schlafen gut schlecht
 tagesformabhängig

Treten nachts Unruhezustände auf? ja nein

8. Orientierungsvermögen

Zeitlich: ja nein gelegentlich

Örtlich: ja nein gelegentlich

Persönlich: ja nein gelegentlich

Situativ: ja nein gelegentlich

9. Hobbies, Interessen, sonstige Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift