Ambulanter Pflegedienst Heilig- Geist- Spital

Heilig-Geist-
SpitalStiftung
Ingolstadt

Aufnahmebogen:

Beginn des Einsatzes: _____

Angaben zur betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
Mobil	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Versicherungsnummer	

Angaben zur Kontaktperson (Auftraggeber)

Name Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
Mobil	
E-Mail	

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person _____

Kontaktdaten Hausarzt

Name Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	

Sozialhilfe

Erhalten Sie bereits Sozialhilfe? ☐ JA ☐ NEIN Zuständiges Sozialamt: _____

Ambulanter Pflegedienst Heilig- Geist- Spital

Lebt die zu betreuende Person allein? ☐ JA ☐ NEIN Falls nein: Wer ist der Mitbewohner?

☐ Ehepartner/in ☐ Tochter/Sohn ☐ Enkel/in ☐ Gesetzl. Betreuer/in ☐Andere

Name Vorname: _____

Falls nein: Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig? ☐ JA ☐ NEIN

Falls ja: Bitte einen zweiten Fragebogen ausfüllen.

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad aktuell	☐	kein								
Pflegegrad	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5
Pflegegrad beantragt	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja, soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen ☐ JA ☐ NEIN

Grundsätzliche Fragen

Ist die zu betreuende Person bettlägerig? ☐ JA ☐ NEIN

Falls bettlägerig: Hilfe beim Umlagern ☐ JA ☐ NEIN

Dekubitus (Druckgeschwür) ☐ JA ☐ NEIN

Muss die zu betreuende Person gelagert werden? ☐ JA ☐ NEIN

Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? ☐ JA ☐ NEIN

Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? ☐ JA ☐ NEIN

Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ☐ JA ☐ NEIN

Anmerkungen:

_____

_____

Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z.B. MRSA bekannt? ☐ JA ☐ NEIN

Falls ja, welche Krankheiten oder Keime? _____

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? ☐ JA ☐ NEIN

Falls ja, welche? _____

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten? ☐ JA ☐ NEIN

Falls ja, welche?

_____

Essen und Trinken

Ernährungszustand ☐ normal ☐unterernährt ☐ übergewichtig

Probleme beim Essen? ☐ JA ☐ NEIN Probleme beim Trinken? ☐ JA ☐ NEIN

Falls ja, welche? _____

Probleme bei der Kommunikation

Sprache	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
Hörvermögen	☐ kein	☐ mäßig	☐ massiv
Sehkraft	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
Hilfsmittel	☐ Brille	☐ Hörgerät	☐ sonstige: _____

Probleme bei der Orientierung:

zeitliche	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
örtliche	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
persönliche	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
situative	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
Anmerkungen			

Körperpflege

Waschen am Waschbecken	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Waschen im Bett	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Mund-/Zahn-/Protesenpflege	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Intimpflege nach Ausscheidung	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Haarpflege	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Rasieren	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Hautpflege	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Nagel-/Fußpflege	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Baden/Duschen	☐	selbstständig	☐	bedingt selbstständig	☐	unselbstständig
Wie oft pro Woche?	☐	1-2mal	☐	3-4mal	☐	täglich

Motorische Einschränkungen

Hinsetzen und Aufstehen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett auf Hilfe angewiesen
Stehen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett auf Hilfe angewiesen
Gehen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett auf Hilfe angewiesen
Umgang mit Gehhilfen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett auf Hilfe angewiesen
Transfer (Umsetzen)	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett auf Hilfe angewiesen

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Wird Haushaltshilfe gebraucht?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, wie oft soll es zum Einsatz kommen und in welchem Umfang?		

Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

Einkaufen	☐ Ja	☐ Nein	☐ gelegentlich
Beim Reinigen der Wohnung	☐ Ja	☐ Nein	☐ gelegentlich
Zubereitung Mahlzeit/en	☐ Ja	☐ Nein	☐ gelegentlich
Sonstiges:			

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet	☐ Beratungsstelle	☐ Seniorenbüro
☐ Arzt	☐ Bekannte/Freunde	☐ Pflegedienst
☐ Krankenhaus	☐ Sonstiges:	

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass der Ambulante Pflegedienst Heilig-Geist-Spital die in diesem Aufnahmebogen enthaltenen persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen – insbesondere zum Gesundheitszustand und Betreuungsbedarf der zu pflegenden Person – nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß, aktuell zutreffend und vollständig sind.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift**