



Name ..... Vorname .....

Alter .....

Um eine gute pflegerische Versorgung zu gewährleisten, bitten wir Sie, folgende Fragen genau zu beantworten.  
Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

**1. Ruhen und Schlafen:**

z. B. Schlafzeiten, Ruhepausen, Wann? Wo? Im Sessel, im Bett, schläft ruhig, unruhig; steht nachts alleine auf, muss nachts öfters auf die Toilette.

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Körperpflege**

z. B. wäscht sich selbst oder benötigt Hilfestellung; Welche? Baden? Duschen? Werden spezielle Seifen/Duschmittel etc. benutzt?

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Hautpflege**

z. B. trockene Haut, schuppige Haut, offene Hautstellen; Druckgeschwüre; Wo? Hautallergie, wenn ja, auf was?

.....  
.....  
.....  
.....

**4. An- und Auskleiden**

z. B. zieht sich selbst an und aus bzw. benötigt hierbei Hilfestellung? Welche?, Lieblingskleidung? Wechselt häufig die Kleider?

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Essen und Trinken**

z. B. ist eine bestimmte Vorbereitung der Speisen notwendig? Lieblings Speisen? Abneigung?  
 Trinkmenge pro Tag? Lieblingsgetränk? Abneigung? Isst und trinkt selbst oder benötigt  
 Hilfestellung? Welche? Zahnprothesen? Nahrungsmittelallergien? Spezielle Diätform?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**6. Ausscheidungen Stuhlgang:**

z. B. Besonderheiten? künstlicher Darmausgang? Abführmittel? Rhythmus? Inkontinenz?  
 Welches Windelsystem? Geht selber auf die Toilette oder benötigt Hilfe?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**7. Ausscheidungen Urin:**

z. B. Besonderheiten? Dauerkatheter? Inkontinenz? Welches Windelsystem?  
 Geht selber auf die Toilette oder benötigt Hilfe?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**8. Bewegen:**

z. B. kann ohne Hilfe gehen und stehen; braucht Hilfestellung, welche? Kann Treppensteigen?  
 braucht Rollstuhl oder Rollator? Kann sich mit Rollstuhl oder Rollator selbständig fortbewegen.

.....  
 .....  
 .....  
 .....



**9. Sehen:**

z. B. Sehvermögen, Brille? Kontaktlinsen? sieht alles klar und deutlich, Blind?

.....  
.....  
.....  
.....

**10. Hören:**

z. B. Hörvermögen, Hörgerät? ist sehr geräuschempfindlich

.....  
.....  
.....  
.....

**11. Sprechen:**

z. B. Sprachstörungen, Aphasie? Spricht klar und deutlich, ist sehr mitteilbar, singt dauernd

.....  
.....  
.....  
.....

**12. Orientierung**

z. B. kennt Uhrzeit, kennt Jahreszeit, weiß seinen/ihren Namen und Adresse,  
Verwirrheitszustände? Lläuft weg?

.....  
.....  
.....  
.....

**13. Beschäftigung, Gewohnheiten, Hobby**

z. B. liest gerne Zeitung, schaut Fernsehen, geht gerne spazieren, ist kontaktfreudig, zieht sich  
gerne zurück, ist Raucher

.....  
.....  
.....  
.....

**14. Bisherige Lebensumstände/ Kurzbiografie**

z. Beruf, wichtige Lebensereignisse, die die Bewohnerin (den Bewohner) beschäftigen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**15. Sonstige pflegerische Besonderheiten**

.....

.....

.....

.....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**