

Wohn- und Pflegezentrum St. Josef

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Angaben zur Größe: cm Angaben zum Gewicht: kg

E r m i t t l u n g d e s H i l f e b e d a r f e s i m R a h m e n d e r :

	nicht erforderlich	nur gelegentlich notwendig	mindestens 1x täglich	mindestens 3 x täglich	ständig
A) Körperpflege -----					
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn-/ Prothesenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenentleerung/ Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmentleerung/ ter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anusprae-
Inkontinenz- produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Nicht erforderlich nur gelegentlich notwendig mindestens 1x täglich mindestens 3 x täglich ständig

B) Ernährung

-Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>				
-Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
-Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
-PEG/Magensonde	<input type="checkbox"/>				
-Parenterale	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges:

nicht erforderlich nur gelegentlich notwendig mindestens 1x täglich mindestens 3 x täglich ständig

C) Mobilität

-Aufstehen/ Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/>				
-An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>				
-Stehen	<input type="checkbox"/>				
-Gehen	<input type="checkbox"/>				
-Rollstuhlbenutzer	<input type="checkbox"/>				
-Gehhilfen	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges:

D) Funktionelle Einschränkungen

Sehstörungen Ja Nein

Hörstörungen Ja Nein

Sprachstörungen Ja Nein

Lähmungen Ja Nein

Sonstiges:

E) Orientierung

zur Zeit Ja Nein zeitweise

zum Ort Ja Nein zeitweise

zur Person Ja Nein zeitweise

Unruhe Ja Nein zeitweise

Weglauff Tendenz Ja Nein zeitweise

Selbst-/Fremd-
gefährdung Ja Nein zeitweise

Sonstiges:

Datum

Unterschrift der Pflegeperson