

FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Bisherige Wohnsituation: _____
 (Haus, Wohnung,...) _____

Bisher eingesetzte Dienste: _____

Damit wir Ihren Eintritt bei uns gut planen können, füllen Sie bitte dieses Formular gemeinsam mit Ihrem Hausarzt oder der Pflegefachperson Spitex aus und senden dies vor Ihrem Eintritt an unsere Institution.

SICH WASCHEN UND KLEIDEN

- Tägliche Körperpflege
- Baden/Duschen
- Nagelpflege/Haarpflege
- Sich ankleiden/sich auskleiden
- Rasieren
- Haut intakt

Selbstständig

mit Hilfe

HILFESTELLUNG

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

ATMEN

- Atemfunktion
- Inhalation
- Hilfsmittel
- Gewohnheiten
-

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

ESSEN UND TRINKEN

- Essen
- Trinken
- Diät
- Zahnprothese
- Gewicht:
- Gewohnheiten
- Hilfsmittel
- Unverträglichkeiten
-

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
		Grösse: _____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

AUSSCHEIDEN

- Tag Urin
- Tag Stuhlgang
- Nacht
- Dauerkatheter
- Inkontinenzmaterial

Selbstständig

mit Hilfe

HILFESTELLUNG

-
-
-
- nein ja
- nein ja

SICH BEWEGEN

- Aufstehen, Hinlegen, Absitzen
- Besteht Bettlägerigkeit
- Fortbewegen im Wohnbereich
- Treppen steigen
- Benützung eines Lifts
- Gehen im Freien
- Werden Hilfsmittel benötigt?
- Gewohnheiten
-

-
- nein ja
-
-
-
-
- nein ja

KOMMUNIZIEREN

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Kontakt aufnehmen
-

-
-
-
-
-

GEDÄCHTNIS/BEWUSSTSEIN

- Orientiert
- Umweltkontakt verändert
 - Zeitlich/örtlich desorientiert, jedoch ruhig:
 - Tagsüber
 - Nachts
 - Zeitlich/örtlich desorientiert und unruhig
 - Sich zurechtfinden in Umgebung

-
-
-
-
-
-
-
-

SCHLAFEN

- Gewohnheiten
- Hilfsmittel
-

-
-

GESTALTEN DES ALLTAGS, SINN FINDEN

- Beschäftigung tagsüber
- Hobbys
- Glauben
-

FÜR SICHERHEIT SORGEN

- Sturzgefährdung
- Orientierung/Weglauftendenz
- Bettgitter
- Dekubitusgefährdung
-

- nein ja
- nein ja
- nein ja
- nein ja

PRÄVENTIVE, DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

BEFINDLICHKEIT (ANGABEN ZUR BIOGRAPHIE UND ZUR JETZIGEN SITUATION)

PROBLEMBEREICHE

WICHTIGE ANLIEGEN (BETROFFENE PERSON, FAMILIE, GESETZLICHE VERTRETER)

Ort:

Datum:

Arzt oder Spitex-MA

Der Gesuchsteller oder
dessen Vertreter

BITTE EINSENDEN AN: Läbesgarte Bleichematt, Postfach 164, 4562 Biberist