

Pflegebedarf - Erhebungsbogen

Vor- und Zuname:

SV-Nr. / Geburtsdatum:

Adresse:

Derzeitige Erkrankungen:

Spezielle Bedürfnisse:

Datum

Stempel und Unterschrift der begutachtenden
Person

Raum für hausinterne Eintragungen

Datum

Unterschrift Pflegedienstleitung

Unterschrift Heimleitung

1) Mobilität [B]							
<input type="checkbox"/>	selbständig	<input type="checkbox"/>	selbständig gehfähig bzw. mobil mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	gehfähig bzw. mobil nur mit Unterstützung, Sturzgefährdung liegt vor	<input type="checkbox"/>	völlige Immobilität und / oder hoher Mobilisationsaufwand
2) Nahrungsaufnahme [A]							
<input type="checkbox"/>	selbständig	<input type="checkbox"/>	Nahrung muss vorgerichtet werden, isst und trinkt selbst, teilweise Beobachtung	<input type="checkbox"/>	Anleitung bzw. Hilfe beim Essen und Trinken, Nahrung und Getränke müssen teilweise eingegeben werden, Einfuhrkontrolle	<input type="checkbox"/>	Nahrung muss vollständig eingegeben werden und / oder ständiges Beobachten, künstliche Ernährung (Sonde etc.)
3) Körperpflege [C]							
<input type="checkbox"/>	selbständig	<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/>	Anregung / Anleitung / Unterstützung	<input type="checkbox"/>	völlige Übernahme der Körperpflege
4) Lagerung [B]							
<input type="checkbox"/>	nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	Lagerung im Bett zu Mahlzeiten bzw. bei Erholungsphasen	<input type="checkbox"/>	Lagerungswechsel zu vorgegebenen Zeiten	<input type="checkbox"/>	regelmäßiges Umlagern unter erschwerten Bedingungen, anwenden von speziellen Lagerungstechniken
5) Medikamenteneinnahme [D]							
<input type="checkbox"/>	besorgen und Einnahme selbständig	<input type="checkbox"/>	wöchentliche Vorbereitung und austeilen der Medikamente	<input type="checkbox"/>	Abgabe und Überwachung der Med. - Einnahme	<input type="checkbox"/>	erschwerter Medikamenteneinnahme, erhöhter Zeitaufwand notwendig
6) Kommunikation und soziales Verhalten [B]							
<input type="checkbox"/>	aktiv, gestaltet den Alltag selbst	<input type="checkbox"/>	passiv, lässt sich zu Aktivitäten animieren, geringe Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/>	deutliche Beeinträchtigung oder Ausfall mehrerer Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/>	kann oder will am Alltag nicht teilnehmen
7) Wohnsituation [D]							
<input type="checkbox"/>	selbständige Lebensführung möglich	<input type="checkbox"/>	bauliche Situation erschwert die Teilnahme am gesellschaftlichem Leben bzw. können mit personeller Hilfe kompensiert werden	<input type="checkbox"/>	bauliche Situation schränkt bei den Lebensaktivitäten ein	<input type="checkbox"/>	Gefährdung durch bauliche Situation
8) Ausscheidung [A]							
<input type="checkbox"/>	selbständig	<input type="checkbox"/>	muss zur Toilette geführt werden	<input type="checkbox"/>	Kontinenztraining - Harninkontinenz, Fremdhilfe nötig	<input type="checkbox"/>	Harn- und Stuhlinkontinenz, völliger Kontrollverlust
9) An- und Auskleiden [B]							
<input type="checkbox"/>	alleine möglich, selbständige Wäscheversorgung	<input type="checkbox"/>	alleine möglich, Wäscheversorgung wird übernommen	<input type="checkbox"/>	Hilfe / Anleitung beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	völlige Übernahme
10) familiäre Situation / Sozialkontakte [C]							
<input type="checkbox"/>	Ansprechpartner vorhanden	<input type="checkbox"/>	intaktes soziales Netz außerhalb der Familie	<input type="checkbox"/>	soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie fehlt	<input type="checkbox"/>	soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie wirkt stark belastet
11) Orientierung [A]							
<input type="checkbox"/>	voll orientiert	<input type="checkbox"/>	leichte Orientierungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	desorientiert	<input type="checkbox"/>	schwer desorientiert mit belastenden Auswirkungen auf die Umgebung
12) geistige und psychische Situation [D]							
<input type="checkbox"/>	ausgeglichen	<input type="checkbox"/>	geringfügige Veränderungen - Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	wiederkehrende, zeitlich anhaltende Veränderungen, Beobachtung und Betreuung erforderlich	<input type="checkbox"/>	Selbst- und / oder Fremdgefährdung, kontinuierliche Beobachtung, zeitintensive Betreuung erforderlich