

Fragenkatalog über Gewohnheiten und Bedürfnisse des neuen Gastes / Heimbewohners

(bitte genau beschreiben, nicht beurteilen)

Name des Bewohners: _____

Um eine optimale pflegerische Versorgung zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass das Pflegepersonal Informationen über die Gewohnheiten des Gastes/Heimbewohners besitzt und über die benötigten Hilfen informiert ist.

Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen genau zu beantworten:

1. Ruhen und Schlafen

Schlafzeiten wann? Ruhepausen wo? Im Sessel, im Bett; schläft ruhig/unruhig, steht nachts allein auf, muss nachts öfter auf die Toilette?

2. Körperpflege

Wäscht sich selbst oder benötigt Hilfestellung, welche? Badet oder duscht? Spezielle Seife oder Cremes?

3. Hautpflege

Trockene Haut, schuppige Haut, offene Hautstellen? Druckgeschwüre? Wo?
Benutzt spezielle Hautpflegemittel? Hautallergie auf bestimmte Stoffe?

4. An- und Auskleiden

Zieht sich selber an und aus oder benötigt Hilfestellung? Welche?
Lieblingskleidung? Wechselt häufig die Kleidung?

5. Essen und Trinken

Ist eine bestimmte Vorbereitung der Speisen nötig? Lieblingsessen? Abneigungen?
Trinkmenge pro Tag? Lieblingsgetränk? Abneigungen? Isst und trinkt selbst oder
benötigt Hilfestellung? Welche? Zahnprothesen? Nahrungsmittelallergie?
Spezielle Diät?

6. Ausscheidung Stuhlgang

Besonderheiten? Künstlicher Darmausgang? Abführmittel? Rhythmus?
Inkontinenz? Wenn ja, welches Windelsystem? Geht selbst auf die Toilette?
Benötigt Hilfestellung?

7. Ausscheidung Urin

Besonderheiten? Dauerkatheter? Inkontinenz? Wenn ja, welches
Inkontinenzsystem? Geht selbst auf die Toilette?

8. Bewegen

Kann ohne Hilfe stehen und gehen? Benötigt beim Gehen Hilfestellung? Kann Treppen steigen, ja/nein? Liegen Kontrakturen vor? Wenn ja, wo? Unterarmhilfen, Rollstuhl? Kann sich mit Rollstuhl selbständig fortbewegen oder benötigt Hilfestellung?

9. Sehen

Brille? Kontaktlinsen? Sehvermögen? Sieht alles klar und deutlich?

10. Hören

Hörgerät? Hörvermögen: hört alle Geräusche in unmittelbarer Umgebung, ja/nein? Ist geräuschempfindlich?

11. Sprache

Sprachvermögen: spricht alles klar und deutlich, ja/nein? Bei nein: kann von den Lippen ablesen?

12. Orientierung

Z.B. zeitlich: kennt Uhrzeit, kennt Jahreszeit? Persönlich: kennt seinen Namen, kennt Namen der Angehörigen? Örtlich: kennt die Adresse seines Aufenthaltsortes? Liegen sonstige Störungen vor? Wenn ja, welche? (z.B. Verwirrheitszustände, läuft weg)

13. Beschäftigung, Gewohnheiten, Hobbys

Tagesgestaltung, Kontakt zu anderen? (z.B. liest gerne Tageszeitung, schaut Fernsehen, nimmt gern an Ausflügen teil, geht spazieren)

14. Bisherige Lebensumstände

Z.B. ehemaliger Wohnort, jetziger Wohnort. Wichtige Lebensereignisse, die den Gast besonders beschäftigen?

15. Religiöse Gewohnheiten

z.B. Kirchgänge, Gebete, etc.

Datum: _____

Ausgefüllt von: _____

Wir danken für Ihre Mithilfe!