



IVANAS

Das Herz vergisst nichts!

Pflege- Aufnahmeplan

Pflege / Anamnese

Frau/Herr:..... Vers.Nr: geb.am:.....

Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Pflegestufe: Größe:cm Gewicht:kg

Die zu betreuende Person wohnt in:

einem Haus einer Wohnung einem Bauernhof Sonstiges

Wie groß ist der zu betreuende Haushalt?m²

Wie viele Personen leben im zu betreuenden Haushalt? Personen

Sind noch mehr Personen im Haushalt pflegebedürftig? ja | nein

Tiere im Haushalt? ja | nein Wenn ja, welche:.....

Sonstige Anmerkungen:

.....

Derzeitiger Gesundheitszustand der zu betreuenden Person:

Allergien: ⇨

Infektionen ⇨

Alzheimer - Demenz ⇨

Andere Demenzformen ⇨

Parkinson ⇨

MS - Patient ⇨

Schlaganfall ⇨

Diabetes ⇨

Dauerkatheter ⇨

- Schwerhörigkeit ⇒.....
- Dekubitus ⇒.....
- Sonstige Krankheiten ⇒.....

Bewegung: Besonderheiten: nein | ja

mobil | Gehilfe | Rollator | Rollstuhl

bettlägerig (mobil) | bettlägerig (immobil)

Hinweise:
.....

Benötigt die pflegebedürftige Person Hilfe beim

- ⇒ An- und Auskleiden nein | ja
- ⇒ Waschen / Duschen nein | ja
- ⇒ Frisieren / Rasieren nein | ja
- ⇒ Aufstehen aus dem Bett nein | ja
- ⇒ Bett gehen nein | ja
- ⇒ Essen nein | ja
- ⇒ Aufsuchen der Toilette nein | ja

Benötigt die Pflegeperson Diät nein | ja | Zucker Diät

Sonstige Ernährungsvorschriften:

Einlagen wechseln nein | ja | am Tag | in der Nacht

.....
.....

Wie verhält sich die Pflegeperson bei Hilfestellung?

aktiv | teilweise | | total passiv

Leidet die Pflegeperson momentan am Wundliegen? nein | ja

.....

Liegen psychische Störungen vor? nein | ja

.....

Werden derzeit Medikamente eingenommen? nein | ja

.....

Benötigt die pflegebedürftige Person derzeit Spritzen? nein | ja

.....

Ist regelmäßige Nacharbeit erforderlich (z.B.: Toilettengänge)?

nein | ja ⇒ Falls ja, wie oft?

Tägliche Gewohnheiten:

Essen & Trinken: Besonderheiten: nein | ja

Vorlieben:

.....

Was auf keinen Fall:

Unverträglichkeiten: ⇒ welche?:

Nahrungallergien: ⇒ welche?:

Harn & Stuhl: Besonderheiten: nein | ja

Harninkontinenz: ⇒ Hilfsmittel:

Stuhlinkontinenz: ⇒ Hilfsmittel:

Bemerkungen:

.....

Sonstige Gewohnheiten: Besonderheiten: nein | ja

Alkohol: ⇒ welchen/wie oft?:

Zigaretten: ⇒ wie viel?:

Andere:

Telefon-Festnetz vorhanden nein | ja

Wohnsituation für Betreuerin:

.....

.....

.....

Führerschein – Betreuerin (Versicherungsschutz muss von der Familie selbst geklärt werden)

Ja | wenn möglich | nicht nötig

Erwartungen an Betreuer/in:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....