

Pflegebedarfserhebungsbogen für die Aufnahme in die Kurzzeitpflege

Familienname: _____ **Vorname:** _____
Geburtsdatum: _____ **Versicherungsnummer:** _____
Pflegegeldstufe: _____ **Erhöhungsantrag gestellt** ja nein
Anschrift, Tel.Nr.: _____

Name (und Qualifikation) Betreuungsperson: _____

Anschrift, Tel.Nr.: _____

Hausarzt oder behandelnder Arzt: _____

Anschrift: _____

Tel.Nr.: _____

Begutachtende Person: _____

Tel.Nr.: _____

1 Ernährung		
1	Essen und Trinken selbständig	
2	Nahrung muss vorgerichtet werden, isst und trinkt selbst	
3	Vorrichten und/oder teilweise Beobachtung der Nahrungsaufnahme	
4	Vorrichten der Nahrung, der Pat. muss zum Essplatz gebracht werden	
5	Nahrung und Getränke müssen teilweise eingegeben werden	
6	Nahrung muss vollständig eingegeben werden od. ständige Beobachtung ist notwendig	
7	Künstliche Ernährung oder Überwachung der Ein- und Ausfuhr	

2 Mobilität		
1	selbständig	
2	selbständig gehfähig bzw. mobil mit Hilfsmittel	
3	gehfähig mit teilweiser Unterstützung einer Pflegeperson	
4	gehfähig bzw. mobil nur mit Hilfe Dritter	
5	weitgehende Bettlägrigkeit	
6	gehfähig mit Hilfe zweier Pflegepersonen, tägl. Mobilitätstraining	
7	vollständige Bettlägrigkeit und/oder hoher Mobilitätsaufwand, tgl. spezielles Mobilitätstraining	

Name:

3 Ausscheidung

1	selbständig	
2	muss zeitweise zur Toilette geführt oder daran erinnert werden	
3	muss laufend zur Toilette geführt werden	
4	Fremdhilfe nötig, Flasche oder Schüssel	
5	fallweise harninkontinent	
6	harninkontinent - Inkontinenzpflege	
7	Stuhl – und harninkontinent	

4 Körperpflege

1	selbständig	
2	selbständig, fallweise anhalten zur Körperpflege	
3	Hilfestellung beim Baden, Duschen, Nagelpflege, fallweise bei der Körperpflege mithelfen	
4	leichte Hilfe bei der tägl. Körperpflege	
5	braucht tägl. Anregung/Anleitung und Beaufsichtigung zur Körperpflege	
6	intensive Hilfe bei der Körperpflege außer Gesicht und Hände	
7	Körperpflege wird völlig durch Dritte übernommen	

5 An - und Auskleiden

1	alleine möglich, übernimmt die Versorgung der Wäsche selbst	
2	alleine möglich, Versorgung der Wäsche wird übernommen	
3	alleine möglich, Hilfe bei der Vor- und Nachbereitung der Wäsche nötig	
4	Anleitung für einzelne Verrichtungen ist noch notwendig	
5	Hilfe für max. 3 Verrichtungen (Unterwäsche, Pullover, Strümpfe anziehen,...)	
6	Hilfe für mehr als 3 Verrichtungen	
7	nur mit Hilfe möglich od. dauernde Anleitung/Beobachtung beim An- u. Ausziehen notwendig	

6 Lagerung

1	nicht notwendig	
2	Verwendung von max. 2 Hilfsmitteln, Lagerung beim zu Bett gehen	
3	Lagerung im Bett zu Mahlzeiten, ruhen und schlafen	
4	Verwendung von mindestens 3 Hilfsmitteln nötig	
5	Lagewechsel nachts, vorgegebene Zeiten	
6	regelmäßiges Umlagern mit Lagerungsmaterial od. Anwenden von spez. Lagerungstechniken	
7	wie Punkt 6 und/oder unter erschwerten Bedingungen, mind. 2 Pflegepersonen	

7 Vorrichten und Einnehmen von Medikamenten

1	selbständig	
2	besorgen der Medikamente, sonst selbständig	
3	Medikamente werden vorbereitet, bzw. Bedarfsmedikamente	
4	vorbereiten und austeilen der Medikamente	
5	Abgabe und Überwachung der Medikamenteneinnahme	
6	erschwerte Medikamenteneinnahme	
7	Erhöhter Zeitaufwand ist erforderlich	

Name:

8 Geistig – psychischer Bereich, soziales Verhalten

1	ausgeglichen, keine Einschränkungen, selbständige Gestaltung des Alltags	
2	ausgeglichen durch Medikamenteneinnahme, weitgehend selbständige Tagesgestaltung	
3	Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit - lässt sich aber zu Aktivitäten/gemeinsamen Unternehmungen animieren	
4	einige Zeit anhaltende Veränderungen wie Uneinsichtigkeit,.....	
5	wiederkehrende Veränderungen, Beobachtung und Betreuung erforderlich	
6	auf Grund der psych. Erkrankung Selbst – oder Fremdgefährdung, Leidensdruck	
7	kontinuierliche Beobachtung und tägl. zeitintensive Betreuung notwendig	

9 Orientierung

1	voll orientiert	
2	zeitweise desorientiert, findet sich in gewohnter Umgebung zurecht	
3	leichte Orientierungsschwierigkeiten, bedarf der Hilfe anderer Personen	
4	desorientiert meist nur nachts	
5	schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung	
6	dauernd schwer desorientiert	
7	schwer desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung	

10 Wohnsituation / Haushaltsführung

1	selbständige Lebensführung möglich	
2	gelegentlich Hilfe bei der Wohnungsversorgung notwendig	
3	wöchentliches Aufräumen ist notwendig	
4	tgl. Aufräumen notwendig, geringe Eigenleistung	
5	bauliche Situation schränkt bei den Lebensaktivitäten ein	
6	Gefährdung durch die bauliche Situation	
7	volle Übernahme der Versorgung	

11 Spezielle Pflege (pflegerisch-medizin.-therap. Maßnahmen)

1	es ist keine spezielle Behandlungspflege notwendig	
2	nach Vorbereitung und Anleitung führt der Pat. seine Behandlung selbst durch	
3	wie Punkt 2, aber Kontrolle	
4	tgl. Kontrolle und/od. leichte Behandlung erforderlich (RR, BZ ,einreiben, Bandagen,....)	
5	tgl. Unterstützung/Übernahme der Pflege, mehrm. Behandlung erforderl. (VW, Salbenth., Bandagen,...)	
6	Umfangreiche Pflege/Behandlung erforderlich (2-3x VW, Dekubitusbehdg., regelm. Klysmen/Einläufe...)	
7	Intensive Pflege erforderl. (z.B. regelm. Absaugen, Kanülen -/Sondenpflege, häufige VW, Vitalzeichenkontrolle.....)	

12 familiäre Situation / Sozialkontakte

1	Ansprechpartner vorhanden	
3	intaktes soziales Netz außerhalb der Familie	
5	Soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie fehlt	
7	Soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie wirkt stark belastet	

Name:

Sonstiges			
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	hochgradig sehbehindert	<input type="checkbox"/>
künstl. Ernährung (Sonde)	<input type="checkbox"/>	blind	<input type="checkbox"/>
Diabetiker(in)	<input type="checkbox"/>	schwerhörig	<input type="checkbox"/>
..... insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>
Diät	<input type="checkbox"/>	zuckerfrei	<input type="checkbox"/>
Beinamputation einseitig	<input type="checkbox"/>	dialysepflichtig	<input type="checkbox"/>
Beinamputation zweiseitig	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Prothese(n)	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>
Rollstuhlfahrer(in)	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Hemiplegie	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Paraplegie	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>
andere Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	Stoma	<input type="checkbox"/>
sturzgefährdet	<input type="checkbox"/>	Adipositas	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
tracheotomiert	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	
		Ulcus	

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift