

Pflegebedarfserhebungsbogen

Zur Information

Aufzunehmende Person

Name		SV-Nummer	
Adresse		Rel.-Bekenntnis	
		Raucher/in	
Derzeitiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> alternative Wohnform <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____		
	Name der Einrichtung, Ort: _____ Anmerkung: _____		
Hausarzt/-ärztin		aktuelle PG-Stufe	
Sozialversich.-Träger		seit	
Angehörige(r) o. sonst. Ansprech-person(en)		erwartete PG-Stufe	
		Erhöhung beantragt	
Telefonnummer(n)		Verhältnis zur aufzunehmenden Person	
Erhebliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit/Taubheit <input type="checkbox"/> Sehstörung/Blindheit <input type="checkbox"/> sonstige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sprachstörung/Stummheit (bitte angeben): _____ <input type="checkbox"/> psychische Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung in den letzten 1 - 2 Jahren erworben (bitte angeben): _____		
	Anmerkung: _____		
Versorgung zu Hause	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Heimhilfe <input type="checkbox"/> Angehörige im eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> FSB "A" <input type="checkbox"/> Angehörige außerhalb d. eig. Haushalts <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege <input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe <input type="checkbox"/> Angehörigen-Entlastungsdienst <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung <input type="checkbox"/> Haus- und Heimservice <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> 24 Stunden Betreuung <input type="checkbox"/> MBH-ChG <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____		
	Anmerkung: _____		
Patientenverfügung und juristische Dokumente	<input type="checkbox"/> Angehörigenvertretung <input type="checkbox"/> Erwachsenenschutzvertretung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht		
	Anmerkung: _____		

Pflegebedarfserhebungsbogen

Zur Beurteilung

Aktuelle Betreuungs- und Pflegesituation

Wohnen <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständiges Wohnen möglich <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation kann mit personeller/technischer Hilfe kompensiert werden <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation erschwert die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation schränkt bei den Lebensaktivitäten ein <input type="checkbox"/> Gefährdung durch die bauliche Situation bzw. durch die Wohnsituation <i>Anmerkung:</i>
Haushaltsführung <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<i>Unterstützung bei der Haushaltsführung notwendig</i> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur bei Erledigungen außerhalb des Hauses <input type="checkbox"/> seltener als 1x/Woche <input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <i>Anmerkung:</i>
Versorgung durch das soziale Umfeld <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<i>Soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie ...</i> <input type="checkbox"/> intakt und funktionierend <input type="checkbox"/> eingeschränkt vorhanden/funktionierend <input type="checkbox"/> wirkt/ist belastet <input type="checkbox"/> Hauptbetreuungsperson überfordert <input type="checkbox"/> Soziales Netz/Familie ist überfordert. <input type="checkbox"/> Soziales Netz fehlt gänzlich. <i>Anmerkung:</i>

Aktueller und Betreuungs- und Pflegebedarf

Mobilität <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit technischem Hilfsmittel <input type="checkbox"/> mit teilweiser personeller Unterstützung <input type="checkbox"/> mit Hilfe Dritter und/oder Rollstuhl <input type="checkbox"/> mit Hilfe von 2 Personen, erschwerte Mobilisation <input type="checkbox"/> weitgehende Bettlägerigkeit (Mobilisation möglich) <input type="checkbox"/> vollständige Bettlägerigkeit <i>Anmerkung:</i>
Körperpflege und Kleiden <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> selbständig, fallweise erinnern <input type="checkbox"/> Unterstützung in Teilbereichen <input type="checkbox"/> Anleiten/Übernahme in Teilbereichen <input type="checkbox"/> Mithilfe und Beaufsichtigung täglich nötig <input type="checkbox"/> nur mit personeller Unterstützung (Mitwirkung möglich), Kontrolle (Umziehen) erforderlich <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe und Übernahme notwendig <i>Anmerkung:</i>
Essen und Trinken <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Vorbereiten notwendig <input type="checkbox"/> Vorbereiten und teilweise Beobachten notwendig (vor allem Trinken) <input type="checkbox"/> muss zusätzlich zum Essplatz gebracht werden <input type="checkbox"/> Nahrung und Getränke müssen teilweise eingegeben werden, evtl. Pürieren/Eindicken <input type="checkbox"/> Nahrung und Getränke müssen vollständig eingegeben werden <input type="checkbox"/> sonstige Ernährungsform <i>Anmerkung:</i>

Pflegebedarfserhebungsbogen

Ausscheidung <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Anleitung und Beobachtung erforderlich <input type="checkbox"/> Begleitung erforderlich <input type="checkbox"/> Beginnende Harninkontinenz, IKV-Einlagen, Harnflasche </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Harninkontinenz, vollständige IKV oder Harnkatheter <input type="checkbox"/> Harninkontinenz, fallweise Stuhlinkontinenz, Reinigung notwendig <input type="checkbox"/> vollständige Harn- und Stuhlinkontinenz, Wechsel und Reinigung oder Stomaversorgung durch Dritte </div> </div> <p><i>Anmerkung:</i></p>
Hautpflege Lagerung <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> nicht notwendig <input type="checkbox"/> Lagerung beim Zu-Bett-Gehen, trockene Haut <input type="checkbox"/> druckentlastende Lagerung beim Zu-Bett-Gehen, fallw. lokale Deku-Prophylaxe <input type="checkbox"/> Lagerung zu Bettliegezeiten, Deku-Prophylaxe 1 x täglich </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> nächtlicher Lagerungswechsel mit Deku-Prophylaxe <input type="checkbox"/> Lagerung u. Prophylaxe im Sitzen und im Bett, am Tag und in der Nacht, gefährdeter Hautstatus <input type="checkbox"/> sehr gefährdeter Hautstatus, Lagerung und Prophylaxe mind. alle 3 Stunden </div> </div> <p><i>Anmerkung:</i></p>
Psychische Situation <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> ausgeglichen durch Medikation <input type="checkbox"/> leichte Stimmungsschwankungen, teilweise veränderter Antrieb <input type="checkbox"/> phasenweise Verhaltensänderung, leichte Intervention durch Dritte </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> regelmäßige Beobachtung und Intervention durch Dritte untertags <input type="checkbox"/> regelmäßige Beobachtung und Intervention durch Dritte auch nachts erforderlich <input type="checkbox"/> teilweise Eigen- und/oder Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> kontinuierliche Beobachtung/zeitintensive Betreuung über 24 Stunden erforderlich </div> </div> <p><i>Anmerkung:</i></p>
Spezielle Pflege (Atmung, Schmerz, etc.) <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> nicht notwendig <input type="checkbox"/> Klient/in selbständig <input type="checkbox"/> gelegentliche Unterstützung/Kontrolle <input type="checkbox"/> tägliche Unterstützung/Kontrolle </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> tägliches Übernehmen <input type="checkbox"/> tägliche umfangreiche Behandlungspflege <input type="checkbox"/> intensive Behandlungspflege mehrmals täglich <input type="checkbox"/> DGKP nachts erforderlich _____-stündlich </div> </div> <p><i>Anmerkung:</i></p>
Orientierung und Bewusstseinslage <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<p><i>Betreuungsmaßnahmen sind ...</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> nicht erforderlich (voll orientiert) <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei neuen Situationen <input type="checkbox"/> in Teilbereichen erforderlich (teilorientiert) </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> in allen Lebensbereichen erforderlich (desorientiert) <input type="checkbox"/> dauernd erforderlich (schwer desorientiert) <input type="checkbox"/> auch nachts erforderlich (tw. Schlaflosigkeit) </div> </div> <p><i>Anmerkung:</i></p>
Kommunikation und soziales Verhalten <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> selbständige Alltagsgestaltung <input type="checkbox"/> selbständige Tagesgestaltung, Kommunikation bei Ansprechen <input type="checkbox"/> passive Grundhaltung und Rückzugstendenz, lässt sich aber animieren <input type="checkbox"/> Kommunikation eingeschränkt (kognitive oder Sinneseinschränkung) </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> deutlich erschwerte Kontaktaufnahme und Kommunikation <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug mit Leidensdruck <input type="checkbox"/> unangepasstes, für Umfeld belastendes Verhalten </div> </div> <p><i>Anmerkung:</i></p>

Pflegebedarfserhebungsbogen

Medikamenten- verabreichung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Besorgen nötig, Vorrichtungen und Einnahme selbständig <input type="checkbox"/> Medikamente werden vorbereitet, Einnahme selbständig <input type="checkbox"/> Vorbereitung und Überwachung der Einnahme <input type="checkbox"/> Erschwerte Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> Erhöhter Zeitaufwand erforderlich
0	Anmerkung:

0	Summe aus den Punktwerten der einzelnen Fragebatterien
---	--

Ausschlaggebende abschließende fachliche Beurteilung

Maßnahmen ohne Heimaufnahme	<input type="checkbox"/> sind möglich, daher Empfehlung von <input type="checkbox"/> Mobilien Diensten <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Alternative Wohnformen <input type="checkbox"/> wurden geprüft, sind jedoch nicht (mehr) möglich.	Mehrfachnennungen sind möglich
	Anmerkung:	

Notwendigkeit einer Heimaufnahme	<input type="checkbox"/> gegeben <div style="border: 2px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 2px;"> sehr dringend <input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> weniger dringend <input type="checkbox"/> nicht dringend <input type="checkbox"/> </div>	<input type="checkbox"/> derzeit nicht gegeben, aber unter Berücksichtigung der absehbaren Entwicklung innerhalb von _____ Monaten zu erwarten. <input type="checkbox"/> nicht gegeben (keine pflege/therapeutisch relevanten Veränderung in den letzten 4 Monaten)
---	---	--

Sonstige Empfehlungen zur Unterstützung der Hauptbetreuungsperson:

Begründung:

Pflege- bzw. Betreuungsperson für Rückfragen	Name	
	Qualifikation, Organisation	
	Telefonische Erreichbarkeit	

Begutachtende Person	Name	
	Qualifikation, Organisation	
	Telefonische Erreichbarkeit	

Datum, Unterschrift:

Datenschutz

Siehe Beiblatt "Hinweis nach EU-Datenschutz-Grundverordnung."