



## Fragebogen über Gewohnheiten und Bedürfnisse des Gastes/Bewohners

Um eine optimale pflegerische Versorgung der Bewohner zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass das Pflegepersonal des Senioren- und Pflegeheims Horänder Informationen über die Gewohnheiten des künftigen Bewohners besitzt und über die benötigten Hilfen informiert ist.

Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen genau zu beantworten. Herzlichen Dank!

Name des Bewohners: .....

Geburtsdatum: ..... Pflegegrad: .....

Langzeitpflege

Kurzzeitpflege

1. **Mobilität**

ja                      manchmal                      nein

Kann ohne Hilfe gehen

                                          

Kann ohne Hilfe stehen

                                          

Kann Treppen steigen

                                          

Kontrakturen (Gelenkversteifungen)

                                          

Wenn ja, welche Gelenke sind betroffen?

.....

Welche Hilfsmittel werden benötigt?

- Gehstock
- Gehwagen (Rollator)
- Rollstuhl
- .....
- .....

Sind diese bereits vorhanden?

                    

Wenn ja, kann er/sie sich damit ohne Hilfe fortbewegen?

                                          

Bemerkungen:

## 10.2. Fragebogen über die Bedürfnisse

2. <b><u>Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten</u></b>	ja	manchmal	nein
Zeitlich orientiert (Tag/Datum/Jahreszeit/...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zur Person orientiert (Name von sich selbst, von Angehörigen, Freunden...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örtlich orientiert (Wohnort/Aufenthaltort/...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erinnert sich an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche?


Kann die Entscheidungen im Alltagsleben selbst zum eigenen Wohl treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann Wünsche/Bedürfnisse mitteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkennt Risiken und Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versteht Aufforderungen und kann diese umsetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen Probleme bei der Sprache vor? (Wortfindungsstörung, Stottern, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche? .....

Kann zusammenhängende Sätze formulieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Bemerkungen:

## 10.2. Fragebogen über die Bedürfnisse

### 3. Verhaltensweisen und Psyche

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nächtliche Unruhe  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Angst  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Traurigkeit  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| herausforderndes Verhalten<br>(z.B. Schädigung von Personen,<br>Gegenständen, Autoaggression...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Liegen sonstige Beeinträchtigungen vor?<br>(Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, ...)                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn ja, welche?.....

Bemerkungen:

- | 4. <u>Selbstversorgung</u>             | ja                    | manchmal              | nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wäscht sich selbstständig              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Duscht/Badet selbstständig             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ausgeprägtes Schamgefühl               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kleidet sich selbstständig an- und aus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn nein, welche Hilfe wird benötigt?


Besondere Waschgewohnheiten (häufiges Duschen, häufige Haarwäsche, Gesicht mit/ohne Waschlappen, Wassertemperatur, ...)


Bevorzugte Körperpflegeprodukte.....

Bevorzugte Kleidung.....  
(elegant, sportlich, funktional, ...)

Lieblingskleidungsstück.....

## 10.2. Fragebogen über die Bedürfnisse

Besonderheiten, Rituale und Wünsche (z.B. häufige/seltene Kleidungswechsel, bestimmte Reihenfolge auf Stuhl oder Kleiderbügel,...)


Isst und trinkt selbstständig                      ja                      manchmal                      nein  
                                               

Mundgerechte Zubereitung (kleinschneiden)  
 von Mahlzeiten und Einschenken von Getränken

selbstständig                                                                 

Liebessessen.....

Liebessgetränke.....

Abneigungen.....

Allergien/  
 Unverträglichkeiten.....

spezielle Kostform/Diät.....

Zahnprothesen    ja           Wo?    oben         unten                      nein  

Besonderheiten, Rituale und Wünsche (z.B. Tischschmuck, Tischdecke, besonderes Geschirr, Tischgebet, ...)


   Ja                      manchmal                      nein

Geht selbstständig zur Toilette                                                                 

Harninkontinenz                                                                 

Stuhlinkontinenz                                                                 

häufiges nächtliches Wasserlassen                                                                 

Werden Einlagen benötigt?                                                                 

Wenn ja, welche?  
 .....

## 10.2. Fragebogen über die Bedürfnisse

sonstige Hilfsmittel

Wenn ja, welche?  
.....

Bemerkungen:

Offene Wunden/ Druckgeschwüre  Ja  nein

Wenn ja, wo und seit wann? .....

Kontaktallergien

Wenn ja, welche? .....

Hautzustand:  trocken  gerötet  schuppig  .....

Spezielle Hautpflegeprodukte.....

## 5. Krankheits- oder Therapiebedingte Anforderungen und Belastungen

Nimmt Medikamente selbstständig ein  Ja  manchmal  nein

Kompressionsstrümpfe

Prothesen

sonstige Hilfsmittel

Wenn ja, welche?  
.....

Kann selbstständig mit den Hilfsmitteln umgehen

Bemerkungen:

## 6. Biografische Daten

Geburtsort:.....

aufgewachsen in:.....

zuletzt gelebt in:.....

Name/Beruf des Vaters:.....



## 10.2. Fragebogen über die Bedürfnisse

### Berufsleben

Berufsausbildung:.....

ausgeübter Beruf:.....

angestellt

selbstständig

Welchen Stellenwert hatte die Berufstätigkeit?  eher hoch  eher niedrig

### Familie, Ehe/Partnerschaft

Verheiratet:  ja

nein

Name des (Ehe-) Partners: .....

Wie und Wo kennengelernt? In welcher Lebenssituation?


Kinder:  ja

nein

Wenn ja, wie viele?.....

Namen der Kinder und das Verhältnis zu ihnen:


Enkelkinder:  ja

nein

Wenn ja, wie viele?.....

Namen der Enkelkinder und das Verhältnis zu ihnen:






