

Pflegebericht

Von betreuenden Angehörigen oder vom Pflegedienst auszufüllen:

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____
 Ort: _____ Straße: _____ Telefon: _____
 Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____

Pflege- und Betreuungsaufwand (Wart und Pflege im Sinne des BSHG)

Feststellungen über Art und Umfang der **notwendigen** und **geleisteten** Hilfe,
 einschließlich aktivierender Pflege

Hilfe erforderlich:

		nein	gelegentlich, wenig	umfassend, ständig
An- und Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperreinigung und -pflege	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagelpflege Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten	Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung der Toilette Inkontinenzversorgung	Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sauberhalten bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen und Aufstehen				
An- u. Ablegen v. Hilfsmitteln (Prothese, Hörgerät, Kompressionsstrümpfe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausführen ärztlicher Verordnungen	Verabreichung notwendiger Medikamente/Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einwirken auf die Einnahme notwendiger Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	Hilfestellung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hilfestellung zur Benutzung eines Rollstuhles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notwendigkeit, den Betroffenen zur selbständigen Erledigung persönlicher Verrichtungen des täglichen Lebens zu motivieren und anzuleiten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notwendigkeit der Aufsicht:

Bitte zusätzlich ankreuzen, ob tagsüber (T) oder/und Nachts (N)

	wenig	T	N	ständig	T	N	Nein
neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>						
neigt zum Zerstören	<input type="checkbox"/>						
nicht orientiert:							
zeitlich	<input type="checkbox"/>						
örtlich	<input type="checkbox"/>						
zur Person	<input type="checkbox"/>						
gefährdet sich oder Andere	<input type="checkbox"/>						
Sonstiges							

Weitere Feststellungen:

Geh- und Stehufähig	<input type="checkbox"/>						
Tagsüber bettlägerig	<input type="checkbox"/>						
Ist dauernde Nachtwache erforderlich	<input type="checkbox"/>						

Dauer der Hilflosigkeit ständig vorübergehend

Erforderliche Wohn- und Betreuungsform:

<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Altenheimbereich
<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Beschützende Station	

Wenn stationärer Aufenthalt: Einzelzimmer Doppelzimmer

Raum für weitere Bemerkungen (z.B. Wünsche, Neigungen, Abneigungen usw.)

Datum _____ Unterschrift der Angehörigen _____

Datum _____ Unterschrift der Pflegedienstes/Stempel _____

Hinweis:

Diese Daten werden bei uns elektronisch gespeichert und nur für dienstliche Zwecke verwendet.