

PFLEGEBEDARF SERHEBUNGSBOGEN

für die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim im Bezirk Urfahr-Umgebung

Name: _____

Geburtsdatum: SVNr.: Pflegegeldstufe:

Adresse/Tel.:

Vertrauensperson:

Telefonnummer:

1 Ernährung	
Selbständig	<input type="checkbox"/>
Vorbereitung notwendig	<input type="checkbox"/>
Anleitung und Überwachung erforderlich	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten und Getränke müssen eingegeben werden	<input type="checkbox"/>
☒	
2 Mobilität	
Selbständig	<input type="checkbox"/>
Gehfähig mit technischen Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>
Mobil mit personeller Unterstützung	<input type="checkbox"/>
Weitgehende Bettlägrigkeit (Mobilisation möglich)	<input type="checkbox"/>
Vollständige Bettlägrigkeit	<input type="checkbox"/>
☒	
3 Ausscheidung	
Selbständig	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>
muss erinnert werden	<input type="checkbox"/>
Stuhl- und Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>
Personelle Hilfe erforderlich (nur tagsüber)	<input type="checkbox"/>
Personelle Hilfe erforderlich (auch nachts)	<input type="checkbox"/>
☒	
4 Körperpflege	
Selbständig	<input type="checkbox"/>
Wöchentliche Hilfeleistung erforderlich	<input type="checkbox"/>
tägliche Anleitung und Unterstützung notwendig	<input type="checkbox"/>
Vollständige Übernahme notwendig	<input type="checkbox"/>
☒	
5 An/Auskleiden	
Selbständig	<input type="checkbox"/>
mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>
mit personeller Unterstützung in Teilbereichen	<input type="checkbox"/>
vollständige Übernahme (Mitwirkung möglich)	<input type="checkbox"/>
vollständige Übernahme (keine Mitwirkung möglich)	<input type="checkbox"/>
☒	
6 Lagerung	
nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>
Lagerung beim zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Lagewechsel erforderlich	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiges Umlagern Tag und Nacht erforderlich	<input type="checkbox"/>
Bedarf an speziellen Lagerungstechniken (Bobath etc.)	<input type="checkbox"/>
☒	
7 Vorrichten und Einnehmen von Medikamenten	
Selbständig	<input type="checkbox"/>
braucht Unterstützung in Teilbereichen (z.B. Vorbereitung)	<input type="checkbox"/>
Erinnerung erforderlich	<input type="checkbox"/>
Vorrichten und Verabreichen erforderlich	<input type="checkbox"/>
☒	

8 Orientierung	
Voll orientiert	<input type="checkbox"/>
Orientierungsschwierigkeiten bei neuen Situationen	<input type="checkbox"/>
zeitweise Desorientiertheit	<input type="checkbox"/>
dauernde Desorientiertheit	<input type="checkbox"/>
Desorientiertheit mit belastender Auswirkung auf die Umgebung	<input type="checkbox"/>
☞	
9 Kommunikation und soziales Verhalten	
Selbständige Gestaltung des Alltags	<input type="checkbox"/>
eingeschränkte Kommunikation, mangelnde Sozialkontakte	<input type="checkbox"/>
Passives Verhalten, lässt sich aber animieren	<input type="checkbox"/>
zurückgezogene Lebensweise mit Leidensdruck	<input type="checkbox"/>
unangepasstes Verhalten mit belastender Auswirkung auf die Umwelt	<input type="checkbox"/>
☞	
10 Wohnsituation	
selbständige Lebensführung möglich	<input type="checkbox"/>
bauliche Situation erschwert die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	<input type="checkbox"/>
bauliche Mängel können mit personeller Hilfe kompensiert werden	<input type="checkbox"/>
bauliche Situation schränkt bei den Lebensaktivitäten ein	<input type="checkbox"/>
Gefährdung durch die bauliche Situation	<input type="checkbox"/>
☞	
11 familiäre Situation / Sozialkontakte	
Ansprechpartner vorhanden	<input type="checkbox"/>
intaktes soziales Netz außerhalb der Familie	<input type="checkbox"/>
Soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie fehlt	<input type="checkbox"/>
Soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie wirkt stark belastet	<input type="checkbox"/>
☞	
12 Haushaltsführung	
Selbständig	<input type="checkbox"/>
vereinzelt Unterstützung notwendig (Gardinen waschen, Fenster reinigen..)	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Unterstützung bei Erledigungen außerhalb des Hauses nötig	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Unterstützung bei der Haushaltsführung notwendig	<input type="checkbox"/>
Ständiger Bedarf an fremder Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/>
13 Häusliche Betreuung	
Besteht bereits ein Einsatz von Mobilen Diensten (wie oft, welche Leistungen?)	<input type="checkbox"/>
☞	
Gibt es eine Betreuungsperson vor Ort?	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Überforderung der Betreuungsperson?	<input type="checkbox"/>
☞	

- Besteht eine ernstliche Eigen- und/oder Fremdgefährdung?** ja nein
- Der festgestellte Pflegebedarf:**
- kann durch Angehörige abgedeckt werden ja nein
 - kann durch Mobile Dienste abgedeckt werden ja nein
 - erfordert eine Heimaufnahme ja nein

Begründung: ☞

Begutachtende Fachkraft, DGKS/P (Name, Vorname):
Telefon:

Ort, Datum

 Unterschrift, Stempel