

Sehr geehrte Bewohner/innen und Angehörige,

um eine optimale pflegerische Versorgung zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass das Pflegepersonal Informationen über die Gewohnheiten und Bedürfnisse des Bewohners besitzt und über die benötigten Hilfen informiert ist.

Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen möglichst genau zu beantworten.

Name des Bewohners/ der Bewohnerin:

## 1. Ruhen und Schlafen

Gibt es bestimmte Schlafgewohnheiten? z. B. frühes Aufstehen, Mittagsruhe nächtliche Toilettengänge etc.

## 2. Körperpflege

Gibt es Besonderheiten bei der Körperpflege? Sind Hautdefekte vorhanden? Wo? z. B. Duschen oder Baden, Hilfestellung bei der Körperpflege, spezielle Hautpflegemittel etc.

## 3. Friseur und Fußpflege

In regelmäßigen Zeiträumen wird von uns der Friseur und die Fußpflege organisiert.

Ist ein Besuch beim Friseur gewünscht?

**Ja**

**Nein**

Ist ein Besuch bei der Fußpflege gewünscht?

**Ja**

**Nein**

## 4. An- und Auskleiden

Wird Hilfe beim An- und Auskleiden benötigt? Gibt es Kleidungswünsche oder -gewohnheiten? am Tag/Nachts

## 5. Ausscheiden Stuhlgang

Gibt es Besonderheiten? Besteht Inkontinenz? Wenn ja, welches Inkontinenzmaterial? Geht selbstständig auf die Toilette?

## **6. Ausscheidung Urin**

Gibt es Besonderheiten? Dauerkatheder? Inkontinenz? Wenn ja, welches Inkontinenzmaterial? Geht selbstständig auf die Toilette?

## **7. Bewegung**

Kann ohne Hilfen stehen und gehen? Wird Hilfestellung benötigt beim Gehen/ Stehen? Muss im Rollstuhl gefahren werden? Kann sich im Rollstuhl selbst fortbewegen? Besteht Sturzgefahr?

## **8. Sehen/ Hören/ Sprechen**

Gibt es Einschränkungen beim Sehen, Hören und/ oder Sprechen? Sind Hilfsmittel vorhanden? z. B. Brille, Hörgerät etc.

## **9. Orientierung**

Gibt es Einschränkungen in der Orientierung? z. B. zeitlich: kennt die Uhrzeit, kennt die Jahreszeit? persönlich: kennt seinen Namen, kennt Namen der Angehörigen? örtlich: kennt die Adresse seines Aufenthaltsortes? Liegen sonstige Störungen vor? Wenn ja, welche? z. B. Verwirrtheit, läuft weg, ist aggressiv

## **10. Beschäftigung, Gewohnheiten, Hobbys**

Tagesgestaltung? z. B. liest gern die Tageszeitung, löst gern Kreuzworträtsel, schaut Fernsehen, geht spazieren, Kontakt zu Anderen usw.

### **11. Bisherige Lebensumstände**

Gibt es besondere Lebensumstände? Ängste, Erlebnisse und Erfahrungen

### **12. Sonstiges**

Gibt es noch Besonderheiten, die von uns beachtet werden müssen?

***Vielen Dank für Ihre Mithilfe!!!***

***Das Pflorgeteam***