

**ALTER
LEBENSWERT
GESTALTEN**



Antonius
SENIORENZENTRUM ANTONIUS

Ottstraße 35
59368 Werne
Telefon 0 23 89 / 7 60
Telefax 0 23 89 / 76 29
www.antonius-werne.de
eMail: sozialdienst@antonius-werne.de

Anfrage zur

- Kurzzeitpflege von: _____ bis _____
- Langzeitpflege ab: _____

Gast ist

- männlich
- weiblich
- divers
- Raucher*in
- Nichtraucher*in

Pflegegrad: PG1 PG2 PG3 PG4 PG5 Keinen vorläufig PG _____

Personalien:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße / Hausnummer: _____

Telefon: _____

Familienstand: _____

Ansprechperson:

Name: _____

Vorname: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße / Hausnummer: _____

Telefon: _____

- bevollmächtigt
- gesetzliche/r Betreuer*in

Angaben zum Gesundheitszustand und zur Pflegebedürftigkeit:

Diagnosen:

- Demenz
- Apoplex
- Fraktur/ evtl. nach OP
- bösartige Tumorerkrankung
- Diabetes
- Infektionserkrankungen (TBC, Keime, Hepatitis, etc.)
- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- O2-Gabe
- Wunden (welche: _____)
- Sonden (Welche: _____)
- Sonstiges: _____

Besonderheiten:

- Unruhig
- Nächtliche Unruhe
- Hinlauftendenzen
- vollständige Immobilität
- Schlafgewohnheiten (z.B. Licht an, Tür offen, welche _____)
- Palliativnetz
- Nächtliche Unruhe
- Hinlauftendenzen
- Gewicht _____
- Größe _____
- Sonstiges: _____

Folgende **Hilfsmittel** werden genutzt bzw. werden benötigt:

- Rollstuhl
- Rollator
- Gehstock / Unterarmgehstützen
- Antidekubitusmatratze
- Inkontinenzmaterial

Welches?: _____

- Brille
- Hörgerät
- Prothesen

Welche?: _____

- Dauerkatheter
- Anus Praeter
- PEG / Magensonde
- Urostoma
- Sonstiges: _____

Folgende **Risikofaktoren** sind bekannt:

in letzter Zeit aufgetreten

- | | | |
|------------------------------------------------------------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | O ja | O nein |
| <input type="checkbox"/> Sturzgefahr | O ja | O nein |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsdefizite | O ja | O nein |
| <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizite | O ja | O nein |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | O ja | O nein |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

_____ | | |

Ort, Datum

Unterschrift