

ALTER LEBENSWERT GESTALTEN



Ottostraße 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="radio"/> Dekubitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Sturzgefahr | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Ernährungsdefizite | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Flüssigkeitsdefizite | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Schmerzen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Sonstige: | | |

Ort, Datum

Unterschrift
