

Pflegerische Eintrittsinformation

Um Ihre Gewohnheiten bereits ab Eintritt ins Pflegezentrum berücksichtigen zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten und an Ihrem Eintrittstag mitzubringen.

Name: _____ Datum: _____

Diese Informationen stammen von:

- Bewohner/in: _____
- Angehörige(n): _____
- Pflegeperson: _____

(Bitte das Treffende ankreuzen und nach Bedarf ergänzen)

Muttersprache: _____ Andere: _____

Hörgerät: Ja Nein li re _____

Brille: Ja Nein _____

Mundhygiene

Eigene Zähne: Ja Nein _____

Prothese: Ja Nein _____

Reinigung _____

Bewegung

s/s Mit Unterstützung _____

Eigene Hilfsmittel: _____

Gehstock Ja Nein _____

Rollator Ja Nein _____

Rollstuhl Ja Nein _____

Andere Ja Nein _____

Schlafen

Mittags Ja Nein Zeit: _____

Nachts: von _____ bis _____

Rituale vor oder während dem Schlafen: _____

Essen / Trinken

Vorlieben _____

Abneigungen _____

Zwischenmahlzeiten Ja Nein

Alkoholhaltige Getränke Ja Nein _____

Diät Ja Nein _____

Ausscheidung

Nächtliche Toilettengänge: Ja Nein _____

Blasenschwäche Ja Nein _____

Körperpflege

Duschen Ja Nein Morgens Abends

Baden Ja Nein Morgens Abends

Hautpflege Ja Nein Produkt: _____

Bevorzugte Beschäftigung

Kartenspiele / Spiele	<input type="checkbox"/>	Ausflüge / Reisen / Einkaufen	<input type="checkbox"/>
Handarbeiten / Gestalten	<input type="checkbox"/>	Spaziergänge / Rollstuhl fahren	<input type="checkbox"/>
Sport / Turnen	<input type="checkbox"/>	Fernsehen	<input type="checkbox"/>
Musik / Singen	<input type="checkbox"/>	Gartenarbeit / Pflanzenpflege	<input type="checkbox"/>
Lesen / Schreiben	<input type="checkbox"/>	Gespräche	<input type="checkbox"/>
Religiöse / spirituelle Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	Anderen helfen	<input type="checkbox"/>
Gruppenaktivitäten	<input type="checkbox"/>	Kochen	<input type="checkbox"/>
Einzelaktivitäten	<input type="checkbox"/>	Alleinsein / Rückzug	<input type="checkbox"/>

Unverträglichkeiten /Allergien

Andere Gewohnheiten, Mitteilungen und/oder Probleme
