

Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege – Aufnahmebogen

Regens Wagner Burgkunstadt

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege von.....bis.....

Gruppe..... Pflegegrad.....

1. Angaben zur Person

Name	Eltern/Angehörige
Vorname	Straße
Geb.	PLZ/Ort
Konfession	Telefon
Wohnort	Fax
.....	E-Mail

Gesetzliche Betreuung

Ansprechpartner in Notfällen/ Evtl. Urlaubsadresse

Name	Name
Straße	Anschrift
PLZ/Ort
Telefon	Telefon
Fax
E-Mail

Wer kann noch verständigt werden bei Fragen etc.?

Name

Anschrift

.....

Telefon

In welchen Fällen soll eine Benachrichtigung erfolgen?

.....

.....

Allgemeines gesundheitliches Befinden

.....
.....
.....

Gesundheitliches Befinden vor der Aufnahme

.....
.....

Allergien/Unverträglichkeiten (gegen Medikamente, Nahrungsmittel)

.....

Operationen

.....

Hilfsmittel

.....

Größe Gewicht Blutgruppe

Hausarzt

Name Ist der Hausarzt während der Kurzzeitpflege
..... erreichbar? (auch an Wochenenden/Feiertagen)

Anschrift

..... ja nein

Telefon

.....

Wenn nein, welcher Arzt macht die Vertretung,
bzw. wer soll verständigt werden?

.....
.....

Krankenversicherung

versichert durch

2. Medizinischer Bereich

Behinderung/Erkrankung

Wichtige Besonderheiten

.....

Besteht ein Anfallsleiden? ja Nein

Wenn ja,

- wie häufig treten Anfälle auf? sehr selten (1x Jahr) gelegentlich (1x Monat)
 häufig (1x Woche) Sehr häufig (täglich oder
 ganz unterschiedlich mehrmals täglich)

- wie ist der Verlauf (kurze Beschreibung)?

.....

- gibt es bekannte Auslöser/Ursachen?

- welche Nachwirkungen hat ein Anfall i.d.R.?

.....

- darf ein Bedarfsmedikament gegeben werden? ja (welches s. u.) nein
 - muss vor Gabe des Bedarfsmedikamentes der
 Arzt befragt werden? ja nein
 - haben sich die Anfälle verändert (evtl. seit der
 letzten Kurzzeitpflege)? ja Nein

Aktuelle Medikation

.....

.....

Bedarfsmedikation
 Medikament

Bedarf

.....

.....

3. Lebenspraktischer Bereich

Körperpflege

- | | | | |
|-----------------|--------------------------------------|--|--|
| Waschen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> muss von MA übernommen werden |
| An/Ausziehen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> muss von MA übernommen werden |
| Zahnpflege | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> muss von MA übernommen werden |
| Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> muss von MA übernommen werden |
| Haarpflege etc. | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> muss von MA übernommen werden |

Toilette selbständig mit Unterstützung inkontinent

Besonderheiten

.....

.....

Essen

Kost normal zerkleinert püriert Diät, welche.....

Essensaufnahme selbständig? ja teilweise nein

Wenn nein, welche Maßnahmen sind notwendig

Lieblingssessen?

Was ist zu beachten?

Unverträglichkeiten/Besonderheiten

Trinken

Erfolgt das Trinken selbständig ja nein

Welche Hilfen sind notwendig?

Lieblingsgetränk?

Was ist zu beachten?

Unverträglichkeiten/Besonderheiten

Schlafen

Schlafgewohnheiten

Mittagsschlaf

Evtl. Lagerung notwendig

4. Sozial-emotionaler Bereich

Inwieweit können Gefühle, Wünsche etc. ausgedrückt werden?

Ist eine Kontaktaufnahme selbständig möglich?

Treten Fremd-/oder Eigenaggressionen auf in bestimmten Situationen?

Wie ist das Verhalten in der Gruppe?

5. Interessen, Freizeit, Lieblingsbeschäftigung

Welche Interessen bestehen im Hinblick auf Freizeit und Beschäftigung?

.....

Gibt es eine Lieblingsbeschäftigung?

.....

Gibt es Abneigungen gegen bestimmte Tätigkeiten/Freizeitbeschäftigungen?

.....

6. Liste mit persönlichen Gegenständen/Kleidungsstücken

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ist Kleidung gekennzeichnet? ja nein

Wenn ja, mit welchem Zeichen?

Bitte zusätzlich zur Kurzzeit-Pflege mitbringen:

- spezielle Kissen, Lagerungsmaterialien, wenn notwendig
- Inkontinenzartikel, wenn benötigt
- Impfpass, Versicherungskarte
- Lieblingskuscheltier, usw.
- evtl. Beschäftigungsmaterial: CD, DVD, Bücher, Spiele, etc. in überschaubarem Umfang
- Kopie vom Personalausweis des Betreuers bzw. der Eltern
- Kopie der Bestellungsurkunde
- Ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 – Infektionsschutzgesetz
(auch Hepatitis B, Tbc ...)

Bitte ein aktuelles Bild beilegen!