

	Qualitätsmanagement Handbuch Ev. Altenheim Wahlscheid e.V. - Verein für Diakonie -	
Ev. Altenheim Wahlscheid		
Ev. Altenheim Lohmar		
Geltungsbereich: Pflege		
Kapitel: K Kundenbezogene Prozesse		
K F 1.3.2.1 Pflegerischer Fragebogen		

PFLEGERISCHER FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren,
 uns liegt sehr am Herzen, das Sie sich in unserem Hause wohlfühlen und Ihre
 Gewohnheiten und Vorlieben beibehalten können. Darum bitten wir Sie, uns die
 nachstehenden Fragen zu beantworten.

Der Umgang mit Ihren Informationen ist vertraulich.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Vor- und Zuname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Welche Hilfsmittel bringen Sie mit?

Brille

☐ Korrektur ☐ Gleitsicht ☐ Bifokal ☐ Lesebrille

Zahnprothese

☐ Vollprothese ☐ oben ☐ unten
☐ Teilprothese ☐ oben ☐ unten

Hörgerät

☐ rechts ☐ links ☐ Hörhilfe, welche? _____

Roll-, Toilettenstuhl

☐ Multifunktionsrollstuhl ☐ Toilettenstuhl ☐ Toilettensitzerhöhung
☐ ohne Zubehör ☐ mit Zubehör, was? _____

Gehhilfen

☐ Rollator ☐ Gehstock ☐ Gehbock ☐ Unterarmgehstütze

Medizinische Besonderheiten

☐ PEG ☐ Dauerkatheter ☐ künstlicher Darmausgang
☐ Tracheostoma ☐ Sauerstoffkonzentrator ☐ Absauggerät

Sonstiges

☐ Prothesen, welche? _____ ☐ Orthesen, welche? _____
☐ Orthopädische Schuhe ☐ Kompressionsstrümpfe, Klasse: _____
☐ Antidekubitusmatratze ☐ Sitzkissen, welcher Art? _____
☐ Blutzuckermessgerät ☐ Inhalationsgerät
☐ Sonstiges: _____

 <p>Ev. Altenheim Wahlscheid</p>	<p align="center">Qualitätsmanagement Handbuch</p> <p align="center">Ev. Altenheim Wahlscheid e.V. - Verein für Diakonie -</p>	 <p align="center">Ev. Altenheim Lohmar</p>
Geltungsbereich: Pflege		
Kapitel: K Kundenbezogene Prozesse		
K F 1.3.2.1 Pflegerischer Fragebogen		

I. Mobilität

Stehen

☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ nicht möglich

Gehen

☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ nicht möglich

Sitzen

☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ nicht möglich

Beweglichkeit

☐ mobil ☐ bettlägerig, _____ Stunden/Tag

☐ Lähmung, wo? _____

☐ Spastik, wo? _____

☐ Kontraktur, welche(s) Gelenk(e)? _____

Begleitung notwendig?

☐ nein

☐ orientierungsgebend

☐ sicherheitsgebend

Sturzvorgeschichte?

☐ nein

☐ 1 oder mehr Stürze in den letzten 12 Monaten

Bewegung im Bett

☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ nicht möglich

Bewegung im Stuhl

☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ nicht möglich

Besonderheiten: _____

II. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Einschränkungen:

☐ Hören

☐ Sehen

☐ Aussprache

☐ Sprachverständnis

Orientierungsstörung:

☐ zeitlich

☐ örtlich

☐ situativ

☐ zur Person

III. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Motorisch geprägte Auffälligkeiten

☐ nein

☐ ja, welcher Art? _____

Nächtliche Unruhe

☐ nein

☐ ja, welcher Art? _____

Ängste

☐ nein

☐ ja, welcher Art? _____

Sorgen/Verlustgefühle

☐ nein

☐ ja, welcher Art? _____

 <p>Ev. Altenheim Wahlscheid</p>	<p align="center">Qualitätsmanagement Handbuch</p> <p align="center">Ev. Altenheim Wahlscheid e.V. - Verein für Diakonie -</p>	 <p align="center">Ev. Altenheim Lohmar</p>
Geltungsbereich: Pflege		
Kapitel: K Kundenbezogene Prozesse		
K F 1.3.2.1 Pflegerischer Fragebogen		

Selbst- oder Fremdgefährdung

- ☐ Hin- und Weglauftendenz ☐ Rückfindungsprobleme
☐ aggressives Verhalten, wann/wie? _____
☐ distanzloses/anzügliches Verhalten, wann/wie? _____
 unangemessener Umgang mit
☐ Feuer/Zigarette ☐ Haushaltsgegenständen
 Sonstige auffällige Verhaltensweisen: _____

Besonderes Sicherheitsbedürfnis

- ☐ nein ☐ ja, in welcher Form? _____
 Abschließen der Tür ☐ nein ☐ ja, wann? _____

IV. Selbstversorgung

Baden/Duschen

- ☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ unselbständig

Besonderheiten: _____

Waschen

- ☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ unselbständig

Besonderheiten: _____

Mund- und Zahnpflege

- ☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ unselbständig

Wird aus bestimmten Gründen die Zahnprothese nachts nicht getragen?

- ☐ nein ☐ ja, warum? _____

Besonderheiten: _____

Rasieren

- ☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ unselbständig

- ☐ nass ☐ trocken

☐ Gewohnter Bart, wie? _____

Besonderheiten: _____

Kämmen

- ☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ unselbständig

☐ Gewohnte Frisur, wie? _____

Besonderheiten: _____

	Qualitätsmanagement Handbuch Ev. Altenheim Wahlscheid e.V. - Verein für Diakonie -	
Ev. Altenheim Wahlscheid		
Ev. Altenheim Lohmar		
Geltungsbereich: Pflege		
Kapitel: K Kundenbezogene Prozesse		
K F 1.3.2.1 Pflegerischer Fragebogen		

Regelmäßige Friseurtermine gewünscht?

- ☐ nein ☐ ja
☐ Frisör im Hause ☐ Frisör außer Haus

Erkrankungen von Haut und/oder Nägeln/Wunden?

- ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche/wo/seit wann? _____

Nagelpflege/Fußpflege

- ☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ unselbständig

Bitte füllen Sie das Informationsblatt zur Hand- und Fußpflege aus!

Besonderheiten: _____

Essen

- ☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ unselbständig ☐ nicht möglich

Trinken

- ☐ selbständig ☐ Hilfestellung nötig ☐ unselbständig ☐ nicht möglich

Bekannte erfolgreiche Technik beim Anreichen? Wenn ja, bitte beschreiben:

Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Unverträglichkeiten: _____

gewohnte Trinkmenge/Tag: _____ ml Anzahl Mahlzeiten/Tag? _____

Vorliegende Kau-/Schluckstörung

- ☐ keine ☐ Kauen ☐ Schlucken

Sondennahrung?

- ☐ nein ☐ ja, ergänzend ☐ ja, vollständig

Ernährungszustand

Wohlfühlgewicht/Wunschgewicht? _____ kg

Auffällige Gewichtsveränderung (letzte 3 Monate)?

- ☐ nein ☐ Zunahme, wie viel? ca. _____ kg ☐ Abnahme, wie viel? ca. _____ kg
☐ zu eng gewordene Kleidung ☐ zu weit gewordene Kleidung

Mahlzeiteinnahme

- ☐ in Gemeinschaft ☐ alleine

Kostform

- ☐ teilpüriert ☐ püriert
☐ Vollkost ☐ Reduktionskost ☐ vegetarisch

☐ Schonkost

☐ Diät, welche? _____

☐ kulturelle Kost, welche? (z.B. kein Schwein) _____

Freigabe: Sauer mann	BearbeiterIn: QZ/Schle	Version: 3	Geprüft: Baumann	Datum: 09.01.2024	Seite: 4 von 6
-------------------------	---------------------------	---------------	---------------------	----------------------	-------------------

 Ev. Altenheim Wahlscheid	Qualitätsmanagement Handbuch Ev. Altenheim Wahlscheid e.V. - Verein für Diakonie -	 Ev. Altenheim Lohmar
Geltungsbereich: Pflege		
Kapitel: K Kundenbezogene Prozesse		
K F 1.3.2.1 Pflegerischer Fragebogen		

Gang zur Toilette

☐ selbständig
 ☐ Hilfestellung nötig
 ☐ unselbständig
 ☐ nicht möglich

Haben Sie feste Zeiten? Zeitpunkte: _____

Verdauungsunterstützende Gewohnheiten: ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Leiden Sie an Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie an Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Neigen Sie zu wiederkehrenden Harnwegsinfekten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Neigen Sie zu wiederkehrenden Durchfällen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Inkontinenzartikel Tag?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Anzahl) ____
Inkontinenzartikel Nacht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Anzahl) ____
Toilettenstuhl nachts?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bekleidungswechsel

☐ selbständig
 ☐ Hilfestellung nötig
 ☐ unselbständig

Sind Sie temperaturempfindlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Kälte
Bevorzugte Kleidung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Schmuck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Kosmetika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____

Besonderheiten: _____

V. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen

Medikamentenverwaltung

☐ selbständig
 ☐ Hilfestellung nötig
 ☐ unselbständig

Medikamenteneinnahme

☐ selbständig
 ☐ Hilfestellung nötig
 ☐ unselbständig

Medizinische Behandlungspflegen

☐ selbständig
 ☐ unselbständig

Weiterbehandlung durch **eigenen** Therapeuten (z.B. Ergo-/Physiotherapie, Logopädie) hier im Hause? ☐ nein ☐ ja, durch wen? _____

Hilfe bei Eigenübungen zu verordneten Therapien erforderlich

☐ nein
 ☐ ja, in welcher Form?: _____

VI. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Schlafen Sie gerne lange oder stehen Sie gerne früh auf? Zeit: _____ Uhr

Gehen Sie früh/spät zu Bett? Zeit: _____ Uhr

Mittagsruhe? ☐ nein ☐ ja, wie? _____

Individuelles Schlafverhalten/Rituale? _____

Nächtlicher Kontrollgang erwünscht/notwendig? ☐ nein ☐ ja, ____ Mal pro Nacht

Freigabe: Sauermann	BearbeiterIn: QZ/Schle	Version: 3	Geprüft: Baumann	Datum: 09.01.2024	Seite: 5 von 6
------------------------	---------------------------	---------------	---------------------	----------------------	-------------------

 Ev. Altenheim Wahlscheid	Qualitätsmanagement Handbuch Ev. Altenheim Wahlscheid e.V. - Verein für Diakonie -	 Ev. Altenheim Lohmar
Geltungsbereich: Pflege		
Kapitel: K Kundenbezogene Prozesse		
K F 1.3.2.1 Pflegerischer Fragebogen		

Beteiligung an hauswirtschaftlichen und sozialen Aktivitäten

- | | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung | <input type="checkbox"/> Tischdecken/Servieren | <input type="checkbox"/> Reinigungstätigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Wäsche | <input type="checkbox"/> Wohnumfeldgestaltung | <input type="checkbox"/> Pflanzen-/Gartenpflege |
| <input type="checkbox"/> Handwerkliche Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Handarbeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> nicht gewünscht | | |

Möchten Sie an Gruppenaktivitäten teilnehmen?

☐ nein

☐ ja

Teilnahme an Gottesdiensten

☐ evangelisch

☐ katholisch

☐ nicht gewünscht

Aufenthalt im Freien

☐ oft

☐ selten

☐ nicht gewünscht

Genutzte Medien und Kommunikationsmittel:

☐ Telefon

☐ Radio

☐ Fernsehen

☐ Briefe

☐ Smartphone/Tablet

☐ Computer

☐ Internet

☐ Sonstiges: _____

Benötigen Sie Hilfe bei der Kontaktaufnahme zu anderen?

☐ nein

☐ ja

Datum: _____

Unterschrift: _____
BewohnerIn/Bevollmächtigte

Nur bei wiederholter Kurzzeitpflege auszufüllen:

Datum der Evaluation	Seit letzter Erhebung unverändert?		Hdz.
	ja	nein ¹	

¹ Bitte Punkte andersfarbig aktualisieren und mit neuem Datum kenntlich machen.