



*Liebe Angehörige,  
in den nächsten Tagen wird Ihr Angehöriger in unsere Einrichtung einziehen. Dies ist sicherlich ein Einschnitt in die bisherige Lebenssituation. Um diesen Schritt für alle Beteiligten, aber insbesondere für Ihren Angehörigen so positiv wie möglich zu gestalten, bitten wir um Ihre Unterstützung. Im Folgenden befragen wir Sie, da Sie Ihren Angehörigen am besten kennen, nach einigen wichtigen Informationen aus der bisherigen Lebenssituation. Ihre Informationen nehmen wir ernst. Sie helfen, den Alltag und die Pflege zu planen und zu gestalten.  
Bitte nehmen Sie sich für diesen Bogen ein wenig Zeit. Sollten Sie Fragen haben, nehmen Sie gerne noch vor der Aufnahme mit uns Kontakt auf. Günstig wäre es, wenn wir den ausgefüllten Bogen zwei bis drei Tage vor der Aufnahme erhalten.  
Die Gliederung des Informationsbogens folgt dem Pflegemodell, das die wichtigsten Lebensaktivitäten beschreibt und in unserem Haus zur Planung der Pflege genutzt wird. Beschreiben Sie bitte jeweils Einschränkungen und Möglichkeiten, Risiken und Chancen.*

Diese Angaben betreffen:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

### 1. Kommunikation

sehen, (zu)hören, sprechen, sich mitteilen (auch mit Zeichen und Gesten), erkennen, Gedächtnis, Konzentration, Orientierung.

*Was fällt Ihnen bei der Betrachtung dieser Stichwörter zu Ihrer/m Angehörigen ein?*


*Werden Hilfsmittel genutzt?*

Brille       Kontaktlinsen       Augenprothese rechts       links   
Hörgerät      rechts       links

*Hat das Verhalten und Denken einen Realitätsbezug?*

immer       manchmal       nie

bei manchmal oder nie

*Woran wird das deutlich? (z.B: verlegen und suchen von Gegenständen; Ängste und Sorgen ohne sichtbaren Anlass ...)*




Sind die Gespräche mit ihr/ihm eingeschränkt? ja  nein

Wie sind die Einschränkungen? Beliebte Gesprächsthemen?

## 2. Bewegung

Stichworte sind hier: Gehen, Stehen, Liegen, Gelagert werden, Mobilität, Umgang mit Hilfsmitteln

Beschreiben Sie bitte Ihre Beobachtungen hierzu:

Werden Hilfsmittel bei der Mobilität genutzt?

Gehstock  Rollator  Rollstuhl  Pflegerollstuhl   
Armprothese rechts  links  Beinprotheserechts  links

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**(Bringen Sie bitte die gewohnten Hilfsmittel mit)**

Hat sie/er Schmerzen bei der Bewegung? ja  nein

Wo: \_\_\_\_\_

Hat sie/er Druckgeschwüre (Dekubitus)? ja  nein

Wo: \_\_\_\_\_

Hat sie/er Kontrakturen? ja  nein

Wo: \_\_\_\_\_

## 3. Vitalfunktionen aufrechterhalten

Atmung, Blutdruck, Puls, Blutzuckerwerte, Größe, Gewicht, Wärme- und Kälteempfinden Umgang mit Medikamenten, Verständnis für ärztliche Anordnungen

Ihre Beobachtungen interessieren uns:

**(denken Sie bitte an die Medikamente mindestens für die ersten Tage und eine ärztliche Verordnung dafür)**

Ist sie/er von der Zuzahlung zu den Medikamenten befreit? ja  nein

**(bitte an Versichertenkarte und Befreiungskarte denken)**



#### 4. Essen und Trinken

Essen und Trinken können, Essensauswahl und – vorlieben, Essens- und Getränkemenge, Diät, unangemessener Genuss (Sucht) von Alkohol, Süßigkeiten, Sondennahrung, Zusatznahrung...

*Ihre Beobachtungen sind:*


Zahnprothese oben  unten  sonstiges

*Notwendige Hilfsmittel sind:*

PEG-Sonde  Trinkhalm  Schnabelbecher  Spezialbesteck

Spezialteller  Tellerranderhöhung  Sonstiges:

Kann sie/er ihr/sein Gewicht selbst kontrollieren ja  nein

*Sie/er trinkt*

weniger als 1 Liter täglich  mehr als 1 Liter täglich  \_\_\_\_\_ Liter täglich

trinkt aus eigenem Antrieb  muss angehalten werden

**(spätestens am Aufnahmetag wird ein gesonderter Bogen „Trinken und Essen“ gemeinsam mit Ihnen ausgefüllt)**

#### 5. Ausscheiden

Intimität, Schamgefühle, Peinlichkeit, Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Inkontinenzmaterial, Harnwegsinfekte, Durchfälle, Verstopfung

*Welche Wahrnehmung haben Sie zu diesem Themenbereich?*


Harninkontinenz nein  gelegentlich  ja

Blasenkatheter ja

Stuhlinkontinenz nein  gelegentlich  ja

Stoma ja

Urinalkatheter ja

Stuhlgang: regelmäßig  neigt zu Durchfall  neigt zu Verstopfung

nimmt regelmäßig Abführmedikamente: nein  ja

*Notwendige Hilfsmittel sind:*

Toilettenstuhl  Steckbecken  Urinflasche

Inkontinenzmaterial: tagsüber  nachts  Wechsel am Tag ca. \_\_\_\_\_ mal

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**(Bitte bringen Sie noch vorhandene Inkontinenzprodukte mit)**



## 6. Sich waschen, kleiden und pflegen

individuelle Körperpflege, Besonderheiten in Kleidung, Schmuck, Kosmetik, Pflegeprodukte, Welche Hilfen werden beim Waschen am Waschbecken, Duschen, Baden, der Zahn- und Mundpflege, Haarpflege, Nagelpflege, Rasieren.... benötigt?

Friseur gewünscht  Fußpflege  Kosmetische Vorlieben  \_\_\_\_\_  
Hautzustand: intakt  trocken  feucht  schuppig   
Hautschäden: blaue Hautflecken  Wunden  Rötung   
Wenn ja wo?: \_\_\_\_\_

*Fähigkeiten sich zu kleiden:*

selbstständig  braucht Unterstützung  unselbstständig

*Fähigkeit, situations- und witterungsgerechte Kleidung auszuwählen:*

selbstständig  braucht Unterstützung  unselbstständig

*Welche Vorlieben gibt es (besondere Kleidung, Kosmetika....)*

## 7. Ruhen, Schlafen

Schlafbedürfnis, Einschlafgewohnheiten, Medikamente zum Schlafen, Störungen, Fähigkeiten,

*Schlafen:* selbstständig  mit Hilfe  Schlafstörungen  Einschlafstörungen  Tag-Nachtumkehr  Morgenmensch  Abendmensch  Mittagsschlaf  Schlafritual

## 8. Sich Beschäftigen

frühere Beruf und frühere Hobbys, Aktivitäten, Tagesgestaltung, besondere Begabungen, Handarbeit, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Lesen, Radio, Fernsehen, Computer/Internet, Telefon,

Beschäftigen: Selbstständig  braucht Hilfe  unselbstständig



### 9. Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten

Rollenverhalten, Krisen, Störungen, Einschränkungen und Defizite/Krankheiten, besondere Ereignisse, Wünsche, Probleme, Vorlieben in der Kleidung/Pflegeperson, Schamgefühl, Einstellung zur Sexualität ...

Wünsche und Bedürfnisse werden geäußert: selbstständig  auf Nachfrage  nicht

### 10. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen

Ihre Einschätzung

- Kann mit Risiken situationsgerecht umgehen und diese entsprechend bewältigen?
- Durch Fernhalten von voraussehbaren Risiken und sachliche Vorsorgemaßnahmen ist die Sicherheit gewährleistet
- Die Sicherheit ist nur durch zeit-/teilweise personelle Hilfe gewährleistet
- Dauernde Hilfe notwendig, Selbst- und Fremdgefährdung möglich
- Sturzgefahr
- Bewegungsdrang
- Verlässt ohne Orientierung die Wohnung

Orientierungseinschränkungen

zeitlich  örtlich  persönlich  situativ

unsicherer Umgang mit: Geld  Medikamenten  Strom/Wasser/Feuer

Freiheitsentziehende Maßnahmen: Ja  Nein

Bettgitter werden genutzt: Ja  Nein

### 11. Soziale Beziehungen

Freunde, Familie, Beziehungen, Vereine, Geselligkeit, Einsamkeit, soziales Netz, Angehörige, Kontakte

- Soziale Kontakte werden selbstständig gepflegt
- Soziale Kontakte sind nur auf kleinen Radius reduziert
- Leidet unter Einsamkeit
- EinzelgängerIn
- Nimmt gerne an geselligen Runden teil
- Möchte ab und zu Kontakt
- Kümmert sich um: \_\_\_\_\_



## 12. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Auseinandersetzung mit fördernden und gefährdenden Erfahrungen wie Annahme, Hoffnung, Sicherheit, Vertrauen, Lebensfreude und Wohlbefinden, Angst, Vereinsamung, Ungewissheit, Sterben und Tod, Verlust von Unabhängigkeit, Misstrauen, Trennung, Schmerz und Hoffnungslosigkeit, Religion und Glaube, Schmerzen

*Wie wird die eigene Pflegebedürftigkeit wahrgenommen?*


*Gibt es Wünsche/Erwartungen/Vorbehalte hinsichtlich der Pflege/Therapie/aktivierende Pflege?*


*Besondere lebensgeschichtliche Erfahrungen, die in der heutigen Lebenssituation immer wieder auftauchen?*


*Fördernde und/oder gefährdende Erfahrungen und deren Auswirkung?*


*Welche religiösen Rituale, Gottesdienste oder Seelsorge sind wichtig?*


*Hinweise zu Schmerzen:*

Keine Schmerzen  Gelegentlich  Häufig  chronisch

schwach  erträglich  stark

Lebensqualität beeinträchtigend: Ja  Nein

Verursacht durch:


*Regelmäßige Schmerzmedikamente*

Ja  nein  sonstige Therapien gegen Schmerzen



## Biografisches

### ***Kindheit und Jugend***

Name der Eltern:	
Wann sind die Eltern gestorben?	
Geschwister (Name / Alter / Wohnort):	
Bestand zu Angehörigen eine besondere Beziehung)?	
Heimatort und Wohnorte ( wo und wann):	

### ***Beruf und Familie***

Berufstätigkeit (Ausbildung / Rentenbeginn):	
Partnerschaft (Ehegatte / Alter / verstorben wann? / ledig):	
Kinder (Name / Geburtstag / Wohnort / verstorben ?):	
Bezugspersonen (Angehörige / Nachbarn / Freunde):	

### ***Persönlichkeit***

Wichtige persönliche Erlebnisse (Krieg / Verlust / Erfolge):	
Kontaktfreudigkeit (früher und heute):	
Welche Werte waren und sind wichtig? Worauf hat sie/er wert gelegt? (Kleidung / Ordnung / Pünktlichkeit)	
Religion (Rituale / Gottesdienste / Seelsorge):	



### **Wahrnehmung**

Gibt es Einschränkungen beim Sehen oder Hören?	
Lieblingsmusik –geräusche:	

Was riecht sie/er gern (Parfum / Blumen / Werkstatt)?	
Rechts- oder Linkshänder?	
War ihr/ihm Bewegung wichtig?	
Neigt sie/er eher zu Nähe oder Distanz?	
Lässt sie/er Berührungen eher gern oder eher ungern zu?	

### **Beschäftigung**

Welche Themen waren für sie/ihn interessant?	
Welche Medien hatten Bedeutung (Fernsehen / Radio / Zeitung)?	
Gab es eine Sammelleidenschaft? Wenn ja, welche?	
Hobbys:	
Spielt, bastelt, singt sie/er gern? Was?	





### **Lebensgewohnheiten in Bezug auf Körperpflege**

Wie wurde Körperpflege durchgeführt (baden / duschen / Häufigkeit)?	
Gab es dabei Vorlieben (kaltes oder warmes Wasser / Seife)	
Wurde ein besonderes Parfum oder Hautlotion benutzt und wie oft?	
Wie oft wurden die Zähne geputzt?	
Schläft sie/er mit Zahnprothese?	

### **Kleidung**

Lieblingskleidung:	
Armbanduhr:	
Besondere Vorlieben bei Farben:	

### **Essen und Trinken**

Lieblingsspeisen / Abneigungen:	
Liebungsgetränke / Abneigungen:	
Tischkultur:	
War sie/er früher eher füllig oder schlank? Hat sie er in letzter Zeit abgenommen?	

### **Ruhen und Schlafen**

Wann geht sie/er zu Bett? Besondere Einschlafposition? Wann steht sie/er auf?	
Gibt es zu-Bett-geh Rituale?	



Besonderes (Liegeposition / Licht / dunkel):	
Hält sie/er einen Mittagsschlaf?	
Was benötigt sie/er, um zu entspannen?	

### ***Erkrankungen***

Gab es besondere Erkrankungen in der Jugend oder im Alter?	
Wie war der Umgang mit eigenen oder anderer Erkrankung?	
Gibt es Vorsorge für lebensbedrohliche Erkrankungen (Gespräche / Verfügungen)?	
Besondere Vorlieben (Rauchen, Alkohol)?	
Haben sie/ihn verwirrt erlebt?	

### ***Sonstiges Wichtiges***



### Einige Fragen zum Schluss

Kommt Ihre Angehörige aus der eigenen Wohnung  aus der gemeinsamen Wohnung mit Angehörigen   
aus der Reha  aus dem Krankenhaus   
Warum war sie/er dort?

Wer hat bisher Unterstützung im konkreten Tagesablauf geleistet?

Angehörige  ambulante Dienste  Welcher?  
Freunde / Nachbarn  Sonstige Personen

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Beziehung zur angemeldeten Person: (Tochter, Sohn, Enkel, Betreuer, Nachbar, Freund etc.)

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen ganz herzlich für die Informationen, die wir natürlich vertraulich behandeln werden. Wir würden uns freuen, wenn wir die Zusammenarbeit bei unseren Angehörigentreffen fortsetzen würden.

Sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich gerne an die Mitarbeitenden im Wohnbereich, die Pflegedienstleitung oder die Einrichtungsleitung.

## Herzlichen Dank

	Entgegennahme / Erstellung	1. Ergänzung	2. Ergänzung	3. Ergänzung
Datum / Hdz.:				