



**Fragebogen für stationäre Aufnahme**  
(Bitte gemeinsam mit Angehörigen/Betreuer ausfüllen!)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Pflegegrad:       1             2             3             4             5

2. Diagnosen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Medikation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

5. Kostform:       Vollkost             Schonkost/Diätkost             Püriert

6. Demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung liegt vor:

Nein       Ja, \_\_\_\_\_

7. Hinlauftendenz:     Ja             Nein             Manchmal  
(Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches)

8. Orientierung:

Persönlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Örtlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Situativ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Zeitlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal

9. Tag-/Nachtrhythmus:

<input type="checkbox"/> Ich laufe nachts umher
<input type="checkbox"/> Ich schlafe nachts durch
<input type="checkbox"/> Ich habe Schlafstörungen

10. Mobilität:

Gehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> mit Hilfe (Rollator/Stock)
Bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal

### 11. Inkontinenz:

Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Dauerkatheter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

### 12. Hilfe nötig beim:

Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Aufstehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Toilettengang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
An-/Auskleiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Rasieren/Frisieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Waschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Baden/Duschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Zähne putzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Zu Bett gehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Lagern im Bett?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Stehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal
Gehen mit Begleitung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Manchmal

### 13. Kommunikation:

Sehen?	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nicht eingeschränkt
Hören?	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nicht eingeschränkt
Sprechen?	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nicht eingeschränkt

### 14. Spezielle Pflege nötig: (z. B. Injektionen, Infusionen, Verbände)

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Person

---

Ort, Datum




Unterschrift Angehöriger/Betreuer

\* Ich habe Kenntnis darüber, dass meine personenbezogenen Daten dieses Fragebogens im Rahmen der internen Datenverarbeitung vertraulich behandelt, genutzt und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Vielen Dank für das Ausfüllen!

Bitte Fragebogen zurücksenden an:

Zur Abendsonne Pflege GmbH - Elfenborner Weg 6 - 32689 Kalletal

 05755 - 96 000     05755 - 96 00 96     zur.abendsonne@t-online.de