Anamnese

A = Anleitung = 0 P B 0 Beaufsichtigung = 1 P U = Unterstützung = 2 P TÜ = Teilweise Übernahme = 3 P VÜ = Vollständige Übernahme = 4 P
(entsprechende Kürzel in Kästchen Hilfe/Punkte eintragen)

		Hilfe/Punkte	
1. Kommunizieren können (Sehen, Hören, Sprechen, Sprachverständnis, Orientierung, Gedächtnis)	**Pflegediagnose**		
2. Sich bewegen können (Hilfestellung, Rollstuhl, bettlägerig, Kontrakturen)	**Pflegediagnose**		
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten (Atmung, Kreislauf- und Wärmeregulation)	**Pflegediagnose**		
4. Sich pflegen können (Waschen, Haut)	**Pflegediagnose**		
5. Essen und Trinken können (Kau- und Schluckstörungen)	**Pflegediagnose**		
6. Ausscheiden können (Toilettentraining, Inkontinenz)	**Pflegediagnose**		
7. Sich kleiden können	**Pflegediagnose**		

8.	**Ruhen und Schlafen können** (Schlafmittel, Schlaf-Wachumkehr)	**Pflegediagnose**		
9.	**Sich beschäftigen können** (Aktivitäten, Hobbies, Freizeitgestaltung)	**Pflegediagnose**		
10.	**Sich als Mann / Frau fühlen können**	**Pflegediagnose**		
11.	**Für Sicherheit sorgen können** (Orientierung zu Raum, Zeit, Entscheidungsfähigkeit, Medikamente, Hilfsmittel)	**Pflegediagnose**		
12.	**Soziale Bereiche des Lebens sichern können** (Sozialverhalten, Kontakte)	**Pflegediagnose**		
13.	**Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können**	**Pflegediagnose**		
14.	**Umgang mit dem Tod**			

Größe	Gewicht	RR	Puls	Bz	mg / dl
Ärztliche Diagnosen					
Bestehende Medikation					
Bestehende Therapien					
Datum:	Unterschrift der Pflegekraft				

Stammblatt

Heimdaten

Lfd. Nr

Aufnahme Nr.

Aufenthalt ab bis

Persönliche Daten

Name Geburtsname

Vorname

Geb.-Datum Geb.-Ort

Fam.-Stand Konfession

Staatsangehörigkeit

Bisherige Anschrift

Mitgebrachte Dokumente / Eigentum

Angehörige

Gesetzliche Betreuung BetreuerTel.

O Personenvorsorge

O Med. Angelegenheiten

O Vermögensvorsorge

O Aufenthaltsbestimmung

O

Barbetrag zu pers. Verfügung O ja

Rezeptgebühr befreit O ja bis Ausweis Nr.

Fahrtkosten befreit O ja Rundfunk-/Fernsehgebühr befreit O ja

Kassendaten

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapp-schaft	UV

Anschrift Tel.-Nr.

KV Nr. PV Nr.

Kostenträger

Datum	Pflegestufe	Datum	Pflegestufe	Datum	Pflegestufe

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI von bis

Vollstationäre Pflege nach § 42 SGB XI

Pflegedaten

O Fixierung O Bettgitter O Psychopharmaka

Grund

O mit Einwilligung des Bewohners / Betreuers

O mit Entscheidung des Gerichts

Datum

Brille / Kontaktlinsen Zahnprothesen

Hörapparat Arm-/ Beinprothesen

Gehhilfen

Allergien / Unverträglichkeiten

Datum Kostform

Ärzte

Notarzt Tel.

Behandelnde Ärzte

Konsilliarärzte

Leihgeräte

	Leihsteller	von - bis

Seelsorge

Pfarrer der Gemeinde

informiert am

Besuchsdienst

Bestattungswünsche

Krankenhaus / Grund der Einweisung	Aufenthalt		Angehörige	
	von	bis	verständigt	Wen?
			○ ja	
			○ ja	
			○ ja	
			○ ja	
			○ ja	
			○ ja	
			○ ja	

Bezugspflegekraft	Name	von – bis	Name	von – bis	Name	von - bis

Name SchülerIn: _____ **Name Klient:** _____

Lebenslauf (Familie, Geschwister, Schule, Ausbildung, Beruf, Wohnung, prägende Ereignisse, Krisen, Erkrankungen ...)

Frühere Interessen / Gewohnheiten (Clubs, Fernsehen, Gartenarbeit, Handarbeit ,Kochen, Lesen, Musik, Reisen, Spazierengehen, Spiel, Sport, Theater, Tiere, gelebte Religion)	**Jetzige Möglichkeiten**

Name SchülerIn: _____

Pflegeplanung

Name Klient: _____

bis zu diesem Zeitpunkt soll das Ziel erreicht sein; es wird dann überprüft und ausgewertet!

Anam. Nr.:	**Dat.:**	**Pflegediagnose, Probleme/Bedürfnisse:** was kann ich feststellen?	**Restfähigkeiten:** welche eigenen Möglichkeiten hat der HB?	**Ziele:** was möchte ich erreichen?	**Datum:** bis wann?	**geplante Maßnahmen:** was kann ich zur Zielerreichung tun?	**Auswertung/ Evaluation:** inwieweit hatten die Maßnahmen Erfolg?
Körperlicher Bereich:							

Name SchülerIn: _____

Pflegeplanung

Name Klient: _____

bis zu diesem Zeitpunkt soll das Ziel erreicht sein; es wird dann überprüft und ausgewertet!

Anam. Nr.:	**Dat.:**	**Pflegediagnose, Probleme/Bedürfnisse:** was kann ich feststellen?	**Restfähigkeiten:** welche eigenen Möglichkeiten hat der HB?	**Ziele:** was möchte ich erreichen?	**Datum:** bis wann?	**geplante Maßnahmen:** was kann ich zur Zielerreichung tun?	**Auswertung/ Evaluation:** inwieweit hatten die Maßnahmen Erfolg?
Geistiger Bereich:							
Seelischer Bereich:							
Sozialer Bereich:							

Ablaufplanung zur Pflegeplanung bei Praxisbesuch am: _____

Name SchülerIn: _____

Zeit	Maßnahmen/Programm	Material

Notwendige Vorbereitungen: _____

_____

_____

_____

Mögliche Schwierigkeiten ⟷ Mögliche Reaktionen/Programmalternativen