



Caritasheim St. Elisabeth
 Heidelberger Straße 50
 64625 Bensheim
 Tel.: 06251-1080-0
 Fax.: 06251-1080-80
 E-Mail: ch.bensheim@caritas-bergstrasse.de



Anamnesebogen

Kurzzeitpflege

Dauerpflege

Sinn des Anamnesebogens ist es, durch die erhaltenen Informationen die Pflege und die Betreuung unserer Bewohner so individuell wie möglich zu gestalten. Dabei helfen uns, unter anderem, Angaben zu bisherigen Gewohnheiten, Vorlieben etc. Niemand ist verpflichtet, alle Fragen zu beantworten. Fragen die Sie nicht beantwortet können oder wollen, bitte einfach offen lassen.

Name

Vorname:

Geburtsname

Geburtsdatum:

Geburtsort

Staatsangehörigkeit:

Anschrift

.....

Telefon

Familienstand

Konfession

früherer Beruf

Hausarzt

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Pflegegrad.....

beantragt am

bewilligt am

beantragt von

Zuzahlungsbefreiung liegt vor ja

nein

Schwerbehinderung liegt vor? ja

nein

wenn ja, Grad der Behinderung:%

Merkmal.....

Name des **Ehegatten**

Tag der Eheschließung

Ort der Eheschließung

ggf. wann und wo verstorben

Einzugstermin:

Wohnbereich:..... Zimmer:

Dauerpflege

Kurzzeitpflege von bis.....

Derzeitiger Aufenthaltsort:

Krankenhaus

Rehaklinik

zu Hause

Adresse:.....

Telefonnummer Ansprechpartner:

Angehörige/ Bezugspersonen

Name: Vorname:
Verwandtschaftsgrad:
Anschrift:
Telefon Handy:

Name: Vorname:
Verwandtschaftsgrad:
Anschrift:
Telefon Handy:

Vollmachten/ Betreuung

Vorsorgevollmacht vom
übertragen an.....
.....

Gerichtliche Betreuung
übertragen an:
.....

Aktenzeichen: Gültig bis:

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen:

- Bettseitenteile Sitzhose:
- Bauchgurt Therapietisch am Rollstuhl
- Sonstiges.....

Beschluss vom Betreuungsgericht liegt vor? Ja gültig bis:.....
 Nein Beantragt am:.....

Aktenzeichen:.....

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Einschränkungen beim Hören: nein ja Hörgerät

Einschränkung beim Sehen: nein ja Brille Lesebrille

Sprachstörungen: nein ja

Wenn Sprachstörungen vorhanden sind, wie findet die Verständigung statt?
(Mimik/ Gestik, lachen/weinen, einzelne Worte möglich, Kopf nicken/schütteln möglich)

.....
.....

Bevorzugte/ gewohnte Ansprache? Vorname/Nachname, Spitzname, Titel wichtig?

.....

Haben Sie gerne Gespräche in geselliger Runde/ Diskussionen? Gesprächsthemen?

.....

Zeitliche Orientierung: vorhanden teilweise vorhanden nicht vorhanden

Verstehen von Informationen: vorhanden teilweise vorhanden nicht vorhanden

Verstehen von Aufforderungen: vorhanden teilweise vorhanden nicht vorhanden

Mobilität und Beweglichkeit

Gehen/ Fortbewegen:

Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Stehen:

Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Aufstehen/ Hinsetzen/ Umsetzen:

Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Umlagern im Bett

Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Lähmungen/ Bewegungseinschränkungen: ja nein

Betroffene Körperteile.....
.....

Schwindel/ Gleichgewichtsstörungen: ja nein

Stürze im häuslichen Umfeld: ja nein

Hilfsmittel:

Gehstock Rollator Rollstuhl

Antidekubitussitzkissen Wechseldruckmatratze Weichlagerungsmatratze

Krankheitsbezogene Anforderungen

Medikamente richten:

Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Medikamenteneinnahme:

Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Behandlungspflege:

Verbände Kompressionsstrümpfe Injektionen

Sauerstoffgabe Inhalationen

Sonstiges

Schmerzen:

nein ja

Schmerzorte:

Schmerztherapie:

Medikamente

nichtmedikamentöse Maßnahmen (Wärme/Kälte etc.)

.....

Selbstversorgung

Essen und Trinken:

Essen: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Trinken: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Lieblingsspeisen:

Lieblingsgetränke:

Abneigungen/ Allergien/Unverträglichkeiten:

Frühstück: Uhr:

2. Frühstück: Uhr:

Mittagessen: Uhr:

Kaffee: Uhr:

Abendessen: Uhr:

Spätmahlzeit: Uhr:

Hilfsmittel (besonderes Besteck, Trinkbecher).....

Besondere Kostform oder Diät: nein ja

Schluckstörungen: nein ja.....

Zusatznahrung: nein ja.....

Sondenkost: nein ja.....

Ungewollte Gewichtsveränderungen: nein ja.....

Körperpflege: Uhrzeit, Gewohnheiten, bevorzugte Pflegemittel

Morgentliche Grundpflege:

- Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Abendliche Grundpflege:

- Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Rasieren: täglich, trocken/nass, Aftershave?

- Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Duschen/Baden:

- Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Haare waschen.....

- Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Mund- und Zahnpflege:

- Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

- Zahnprothese oben Zahnprothese unten keine Zahnprothese

Wünsche/ Gewohnheiten bezüglich Nagelpflege und Fußpflege.....

Kleiden:

- Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Tageskleidung:

Nachtkleidung:

Lieblingskleidungsstücke.....

Besondere Kleidung/Schmuck.....

Wäschereinigung: privat Wäscherei im Haus

Ausscheiden:

Toilettengang: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Harndrang: häufig kann nur kurz gehalten werden vermehrt nachts

Stuhlgang: Verstopfung Einnahme von Abführmitteln Durchfall

Hilfsmittel: Toilettenstuhl Bettpfanne Urinflasche

Vorlagen Einlagen+Netzhose Windelhose

Dauerkatheter künstlicher Darmausgang

Leben in sozialen Beziehungen

Gewohnter Tagesablauf (Aufstehzeiten, Mittagsruhe, Nachtruhe):

Aufstehrituale:

Vormittagsgestaltung:

Mittagsruhe:

Nachmittagsgestaltung.....

Abendgestaltung.....

Bettgehrituale/ Einschlafrituale.....

Nachtruhe: Probleme beim Einschlafen/ Durchschlafen, Licht anlassen/ ausmachen

.....

Frühere Freizeitbeschäftigung:

Früherer berufliche Tätigkeit:

Noch ausgeübte Beschäftigungen.....

Teilnahme an Beschäftigungsangeboten im Haus gewünscht, welche Angebote?

Gruppenangebote Feste/Feiern Einzelbetreuung

Teilnahme an Gottesdiensten/kirchlichen Angeboten

Sonstiges:

Wichtige Kontaktpersonen/Bezugspersonen:

.....

Wohnen und Häuslichkeit

Zimmergestaltung

Vom Haus zur Verfügung gestellte Einrichtungsgegenstände.....

Mitgebrachte Einrichtungsgegenstände.....

.....

Mitgebrachte Elektrogeräte.....

jahreszeitliche Gestaltung gewünscht nein ja:

Orientierungshilfen gewünscht / erforderlich