



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

Anamnesebogen

☐ Kurzzeitpflege

☐ Dauerpflege

Sinn des Anamnesebogens ist, 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 beantworten können oder wollen, bitte einfach frei 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:

Beihilfeberechtigt:..... ☐ ja

☐ nein %:.....

Sozialamt :..... ☐ ja ☐ nein

Wohngeldstelle:..... ☐ ja ☐ nein

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:

Email:.....

Name:

Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Anschrift:

Telefon:

Handy:

Email:

Vollmachten/ Betreuung

Vorsorgevollmacht vom:

übertragen an:

.....

Gerichtliche Betreuung

übertragen an:

.....

Aktenzeichen:

Gültig bis:

Patientenverfügung vorhanden? ☐ ja

☐ nein

Freiheits einschränkende Maßnahmen:

☐ Bettseitenteile

☐ Sitzhose:

☐ Bauchgurt

☐ Therapietisch am Rollstuhl

Beschluss vom Betreuungsgericht liegt vor?

☐ Ja

gültig bis:

☐ Nein

beantragt am:

Aktenzeichen:

Rechnungsadresse

Name:

Vorname:

Anschrift:

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.)

.....

Impfstatus Covid-19

☐ 1. Impfung am..... ☐ 2. Impfung am.....

☐ 3. Impfung am..... ☐ 4. Impfung am.....

☐ Genesen am

Selbstversorgung

Essen und Trinken:

Essen: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig

Trinken: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig

Lieblingsspeisen:

Liebingsgetränke:

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

Morgendliche 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: ☐ Toilettensstuhl ☐ Bettpfanne ☐ Urinflasche

☐ Vorlagen ☐ Einlagen+ Netzhose ☐ Windelhose

☐ Dauerkatheter ☐ künstlicher Darmausgang

Leben in sozialen Beziehungen

Gewohnter Tagesablauf (Aufstehzeiten, Mittagsruhe, Nachtruhe):

Aufstehrituale:

Vormittagsgestaltung:

Mittagsruhe:

Nachmittagsgestaltung:

Abendgestaltung:

Bettgehrnrituale/ 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

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 ☐ nein ☐ ja:

Einwilligungserklärung Datenspeicherung

Ich willige hiermit ein, dass meine angegebenen persönlichen Daten, durch das Caritasheim St. Elisabeth erhoben, verarbeitet und genutzt werden, um meine Anmeldung zu verwalten und ggf. Vorbereitungen für eine Aufnahme zu treffen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder persönlich widerrufen sowie Auskunft über meine personenbezogenen Daten verlangen und deren Aktualisierung oder Löschung beantragen.

Datum, Unterschrift

Information zum Datenschutz des Caritasverbandes Darmstadt e.V.

Wir erfassen nur personenbezogene Daten, die uns freiwillig zu Verfügung gestellt bzw. in deren Erfassung eingewilligt wurde und verpflichten uns, die geltenden Bestimmungen zum Datenschutz sowie unsere eigenen Datenschutzbestimmungen zu beachten und einzuhalten. Die Datenschutzbestimmungen sind jederzeit online auf der Homepage www.caritas-darmstadt.de einsehbar. Wir werden die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten nur für die Ihnen mitgeteilten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen sowie den im Auftrag des Caritasheimes St. Elisabeth handelnden Personen mitteilen, um den oben benannten Zweck nachzukommen. Wir werden Ihre personenbezogenen Daten ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte vermitteln oder anderweitig nutzen

Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7
EU-DS-GVO bzw. §4 Nr. 9 KDG ist
der

Caritasverband Darmstadt e.V.

Heinrichstraße 32A
64287 Darmstadt

E-Mail: info@caritas-darmstadt.de
(siehe auch unser Impressum)

Unseren Datenschutzbeauftragten
erreichen sie unter:

Bugl & Kollegen GmbH
Sedanstraße 7

93055 Regensburg
E-Mail: kontakt@buglkollegen.de