



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:
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.)
.....

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+ Netz hose 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

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 personenbezogene 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