

Zusatzdaten:

Sie erhalten zusammen mit der Anmeldung zum Heimeintritt einen Fragenbogen zur Erfassung Ihrer Gewohnheiten und Wünsche bezüglich Pflege und Tagesgestaltung. Ihre Angaben bilden die Grundlage für die Planung Ihrer Pflege und Betreuung. Zudem ist die Ermittlung dieser Daten gesetzliche Pflicht. In den ersten Wochen nach Ihrem Eintritt werden unsere Pflegefachpersonen die Pflegeplanung mit Ihnen laufend besprechen.

Wir bitten Sie den Fragenbogen (ev. zusammen mit einer Bezugsperson) auszufüllen, und mit der Anmeldung zu retournieren. Besten Dank.

Name: _____

Vorname: _____

Will nicht antwortenn
Kann nicht antworten
Ankreuzen, falls von Angehörigen beantwortet

<p>Waren Sie schon einmal in einem Alters- und Pflegeheim?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Warum? <i>nur eine Antwort möglich</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegenotstand, Krankheit, Rehabilitation <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt <input type="checkbox"/> Schnupper-Aufenthalt <input type="checkbox"/> Wohnen in anderem Heim <input type="checkbox"/> anderes</p> <p>Wie lange?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Hauptgründe des jetzigen Heimeintritts <i>mehrere Antworten möglich</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Alleinsein / Tod von Partner <input type="checkbox"/> Wunsch / Rat von Drittpersonen <input type="checkbox"/> Wohnsituation / Bewältigung von Haushalt <input type="checkbox"/> keine ausreichende Betreuung / Pflege in der jetzigen Wohnsituation <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> freier Platz / langfristig geplant <input type="checkbox"/> anderes.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Haben Sie im Tagesablauf Gewohnheiten, die Ihnen besonders wichtig sind, und die wir berücksichtigen sollen? <i>z.B. früh aufstehen, am Morgen Zeitung lesen</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Brauchen Sie bestimmte Zeiten, während denen Sie nicht gestört sein möchten? <i>z.B. morgens Zeitung lesen, Morgengebet</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wann?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

<p>Gibt es für Sie wichtige religiöse oder kulturelle Dinge, die wir berücksichtigen sollen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Haben Sie beim Essen und Trinken Gewohnheiten, Vorlieben oder Abneigungen, die wir berücksichtigen sollen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja.....</p> <p>Essgewohnheiten:</p> <p>.....</p> <p>Vorlieben:</p> <p>.....</p> <p>Abneigungen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Haben Sie Gewohnheiten oder Vorlieben in der Körperpflege oder bei der Kleidung, die wir berücksichtigen sollen?</p> <p>Wie sieht es aus...</p>	<p>bei der Körperpflege z.B. Tageszeit, Art der Körperwäsche, Bedeutung der Körperpflege</p> <p>.....</p> <p>bei Pflegeprodukten</p> <p>.....</p> <p>bei der Bekleidung z.B. Lieblingskleidungsstücke</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Haben Sie beim Gehen und in Körperbewegungen Gewohnheiten, die wir berücksichtigen sollen? z.B. <i>regelmässiger Spaziergang</i></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Welche?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Gibt es noch weitere Dinge, die wir berücksichtigen sollen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Welche?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Stichworte zur Biografie</p>	<p>Jugendzeit</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Familien- und Erwerbsleben</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Freizeit</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>