

Fragebogen zur Pflegesituation von

Name, Vorname

Geburtsdatum

1. Diagnosen (zur Bearbeitung des Pflegeantrags unbedingt erforderlich!)

Welche Krankheit, welche Beschwerden hat der/die Versicherte? Kennen Sie evtl. die Diagnose(n)? (Sie brauchen keine medizinischen Fachworte zu nennen, eine einfache Beschreibung ist auch hilfreich.)

2. Pflegeperson/en

Durch welche Person(en) / welchen Pflegedienst wird die Pflege durchgeführt?
(Frage entfällt bei Heimbewohnern)

Name	Anschrift

3. Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Windeln, Einlagen
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl / Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe
<input type="checkbox"/> Bettpfanne / Urinflasche	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Urostoma, Stomamaterial
<input type="checkbox"/> Gehhilfe / Rollator	<input type="checkbox"/> Anus praeter, Stomamaterial
<input type="checkbox"/> Arm- / Beinprothesen	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde (PEG)
<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Sonstiges

4. Mobilität

	Selbständig/ mit Hilfsmittel	Mit Hilfe durch Pflegekraft	Keine Eigen- aktivität
Positionswechsel im Bett			
Halten einer stabilen Sitzposition			
Umsetzen			
Fortbewegen im Wohnbereich			
Treppensteigen			

Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine: Ja Nein

5. Selbstversorgung

	Selbständig/ mit Hilfsmittel	Mit Hilfe durch Pflegerkraft	Keine Eigen- aktivität
Waschen des vorderen Oberkörpers			
Zähneputzen/ Rasieren			
Waschen des Intimbereichs			
Duschen/ Baden			
An- und Entkleiden			
Mundgerechte Zubereitung			
Essen			
Trinken			
Benutzung von Toilette oder Toilettenstuhl			

Besteht eine Urininkontinenz?
Besteht eine Stuhlinkontinenz?

Ja Nein
 Ja Nein

Wenn Ja:

	Selbständig/ mit Hilfsmittel	Mit Hilfe durch Pflegerkraft	Keine Eigen- aktivität
Benutzung von Windeln/ Einlagen			
Blasenkatheter: Beutelwechsel			

Erfolgt Ernährung über eine Sonde?
Wenn Ja:

Ja Nein

Kann außerdem etwas über den Mund zugeführt werden?

Nahrung:
Getränke:

Ja Nein
 Ja Nein

6. Behandlungsmaßnahmen

Häufigkeit der Hilfe **durch andere**

<u>Maßnahme</u>	Täglich	Wöchentlich	Monatlich
Medikamentengabe			
Injektionen			
Inhalationen			
Sonstiges			
Verbandwechsel			
Stomaversorgung			
Abführen			

	Wöchentlich	Monatlich
Arztbesuche in Begleitung		
Besuche bei Therapeuten oder anderen medizinischen Einrichtungen Welche?		
Sonstiges		

7. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Werden Sie von dem/ der Versicherten noch regelmäßig erkannt?

Kann man sich mit dem/ der Versicherten noch sinnvoll unterhalten?

Gibt es Gedächtnisprobleme? Wenn Ja, wie äußern sich diese?

8. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ist der/ die Versicherte aggressiv oder tätlich gegenüber den Pflegepersonen?

Besteht eine Weglauftendenz?

Ist der/ die Versicherte nachts unruhig? Muss Hilfe geleistet werden?

9. Sonstiges

Möchten Sie noch etwas ergänzen?

.....

Datum:

Unterschrift:

Datenschutzhinweis

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung unserer Aufgaben erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.bahn-bkk.de/datenschutz. Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 22 46 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.