

## PFLEGEANAMNESE

.....  
Vorname und Nachname

.....  
Stempel

.....  
Protokollnummer

.....  
Datum

Betreuer(in)

Adresse ..... Geschlecht M F Familienstand .....

BEHINDERTENAUSWEIS JA NEIN

HEIMPFLEGE FAMILIE BETREUER ANDERE

HERZSCHRITTMACHER JA NEIN

KONTAKTLINSEN JA NEIN BRILLE JA NEIN

EXTREMITÄTSPROTHESE OBERE JA NEIN

UNTERE JA NEIN

ZAHNPROTHESE OBERE JA NEIN

UNTERE JA NEIN

HÖRAPPARAT JA NEIN

ROLLSTUHL JA NEIN

ROLLATOR/GEHBOCK/UNTERARMGEHSTÜTZE JA NEIN

ANDERE

### BEWUSSTSEINSEBENE, GEISTESZUSTAND (Rede, Verhalten, Stimmung)

RUHIG AUFGEREGT SCHWIERIGER KONTAKT KEIN

ORIENTIERUNG ZUR PERSON JA TEILWEISE NEIN

ZEITLICHE ORIENTIERUNG JA TEILWEISE NEIN

ÖRTLICHE ORIENTIERUNG JA TEILWEISE NEIN

KOMMUNIKATION SEHEN JA SCHWIERIGKEITEN NEIN

REDEN JA SCHWIERIGKEITEN NEIN

HÖREN JA SCHWIERIGKEITEN NEIN

### KONTAKT MIT DER FAMILIE

GUT SCHLECHT KEIN EINSAM

### ERNÄHRUNG – DIÄT

ALLGEMEINE FLÜSSIGE SPEZIELLE (Welche?)\* LEICHTVERDAULICHE PARENTERAL\*\* SONDE\*\*

ANDERE

ALLERGIEN

## PFLEGEANAMNESE

.....  
Vorname und Nachname

.....  
Stempel

.....  
Protokollnummer

.....  
Datum

.....  
Betreuer(in)

### Barthel-Index

Es werden Punktwerte verteilt für einen Teil der „Aktivitäten des täglichen Lebens“, wobei minimal 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) und maximal 100 Punkte (Selbständigkeit) erreicht werden können

	Alltagsfunktionen	Punkte
1.	<b>Essen</b> 0 = kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung 5 = Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung 10 = komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	
2.	<b>Aufsetzen und Umsetzen</b> 0 = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert 5 = erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) 10 = Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) 15 = komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	
3.	<b>Baden/Duschen</b> 0 = erfüllt "5" nicht 5 = selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	
4.	<b>Toilettenbenutzung</b> 0 = benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl 5 = vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich 10 = vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	
5.	<b>Sich waschen</b> 0 = erfüllt "5" nicht 5 = vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	
6.	<b>Aufstehen und gehen</b> 0 = erfüllt "5" nicht 5 = mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl 10 = ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen 15 = ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	
7.	<b>Treppensteigen</b> 0 = erfüllt "5" nicht 5 = mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter 10 = ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	
8.	<b>An- und Auskleiden</b> 0 = erfüllt "5" nicht 5 = kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind 10 = zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	

## PFLEGEANAMNESE

.....  
Vorname und Nachname

.....  
Stempel

.....  
Protokollnummer

.....  
Datum

.....  
Betreuer(in)

9.	<b>Stuhlinkontinenz</b> 0 = ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent 5 = ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / Anus- <i>praeter</i> (AP)-Versorgung 10 = ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	
10.	<b>Harninkontinenz</b> 0 = ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent 5 = kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems 10 = ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	
	<b>Menge</b>	

### PFLEGEKATEGORIEN

MINIMALE PFLEGE – Patient selbstständig mobil

MITTLERE PFLEGE – Patient benötigt Unterstützung bei bestimmten Aktivitäten

INTENSIVE PFLEGE – Patient benötigt Hilfestellung bei allen Aktivitäten

### REGELMÄSSIGE BEHANDLUNGEN UND KONTROLLEN

ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

PFLEGEHANDLUNGEN

REHABILITIERUNGSBEHANDLUNGEN

THERAPIEBEHANDLUNGEN

ANDERE

# PFLEGEANAMNESE

.....  
Vorname und Nachname

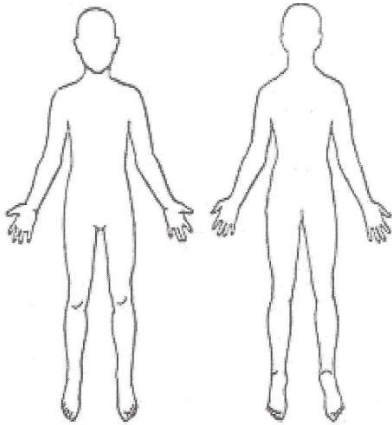
.....  
Stempel

.....  
Protokollnummer

.....  
Betreuer(in)

Datum

## MARKIEREN DIE DRUCKGESCHWÜRE AUF DEM BILD



## KOMMENTARE

## PFLEGEANAMNESE

.....  
Vorname und Nachname

.....  
Stempel

.....  
Protokollnummer

.....  
Betreuer(in)

Datum

\*WIE AUF DER RÜCKSEITE EINTRAGEN

\*\*FÜHRT PERSON MIT BERUFSQUALIFIKATIONEN ZUR AUSÜBUNG DIESER TÄTIGKEIT AUS