



Klaraheim der Tertiarschwestern
 d. hl. Franziskus Betriebs GmbH
 Unterer Stadtplatz 14a
 6060 Hall in Tirol
 Telefon: 05223/57929
 Fax: 05223/57929 – 4003
 www.klaraheim.at

Medizinisch-Pflegerischer Fragebogen

I. PERSÖNLICHE DATEN DES HEIMWERBERS

Vor- und Zuname:
Geburtsdatum:
Wohnadresse Tel. Nr.:
Hausarzt:
Krankenkasse / Versicherungs-Nr.:
Gebührenfrei: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bezugs-, Kontaktperson: Wohnadresse Telefon/Handy – Nr.:

II. UNTERSUCHUNGSBEFUND - FUNKTIONSSTÖRUNGEN

1. Globalbeweglichkeit	2. Nahrungsaufnahme	3. Ausscheidungsfunktionen
<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> selbständig
<input type="checkbox"/> Fortbewegung mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Essen vorrichten	<input type="checkbox"/> leicht behindert (Prostata), jedoch allein möglich
<input type="checkbox"/> Fortbewegung nur mit Personenhilfe o. Rollst.	<input type="checkbox"/> Esshilfe/Anleitung notwendig	<input type="checkbox"/> Flasche/Schüssel/Leibstuhl
<input type="checkbox"/> weitgehend bettlägerig	<input type="checkbox"/> vollständige Esshilfe	<input type="checkbox"/> Harninkont., DK, Teilkontrolle
<input type="checkbox"/> bettlägerig, Lehnstuhl nur mit 2 Pers. möglich	<input type="checkbox"/> künstl. Ernährung, Sonde, Überw. V. Ein/Ausfuhr	<input type="checkbox"/> Stuhl- und Harninkontinenz, Kontrollverlust

Medizinisch-Pflegerischer Fragebogen – Klaraheim

4. Orientierung:	örtlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	5. Gewicht:
	zeitlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	6. Größe:
	situationsbezogen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

7. Störung von Intellekt, Antrieb und geistiger Leistung	8. sonstige Pflegezuwendungen (bei Bedarf bitte ergänzen)
<input type="checkbox"/> unbeeinträchtigt	<input type="checkbox"/> An - und Auskleiden
<input type="checkbox"/> minimale Ausfälle	<input type="checkbox"/> tägliche Körperpflege
<input type="checkbox"/> fassbare Ausfälle einzelner Funktionen, (Gedächtnis, Konzentration, etc.)	<input type="checkbox"/> laufende Beaufsichtigung notwendig (Umtrieblichkeit)
<input type="checkbox"/> erkennbare globale Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Medikamente (Einnahme überwachen etc.)
<input type="checkbox"/> völliger Selbstständigkeitsverlust wie bei deutlicher Demenz	<input type="checkbox"/> Lagerung

Bes. Vorsichtsmaßnahmen bei der Pflege geboten (infektiöse Krankheiten,...)	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche:

9. Allfällige anderweitige, die Pflege erschwerende Gegebenheiten (bei Bedarf ergänzen):		
<input type="checkbox"/> häufige Anfälle, mehr als 1/Tag	<input type="checkbox"/> ständige Aufsicht	<input type="checkbox"/> ständige psychologische Beobachtung notwendig
<input type="checkbox"/> schwere Schmerzzustände	<input type="checkbox"/> erhebliche Störung der Sinnesfunktionen	

III. DIAGNOSE/N

Unter besonderer Berücksichtigung der für die Pflegebedürftigkeit relevanten Gesundheitsstörungen und Gebrechen:

Medizinisch-Pflegerischer Fragebogen – Klaraheim

IV. VORAUSSICHTLICHE ENTWICKLUNG

<input type="checkbox"/> derzeit nicht als Dauerzustand aufzufassen
<input type="checkbox"/> wahrscheinlich langfristig gleichbleibend (über 1 Jahr)
<input type="checkbox"/> wahrscheinlich langfristig gleichbleibend mit voraussichtlicher Verschlechterungstendenz

V. PFLEGEbefund

<input type="checkbox"/> Der Heimwerber ist nicht pflegebedürftig
<input type="checkbox"/> Der Heimwerber ist teilweise pflegebedürftig
<input type="checkbox"/> Der Heimwerber ist voll pflegebedürftig

VI. INFUSIONSTHERAPIE

<input type="checkbox"/> notwendig im Pflegeheim	<input type="checkbox"/> nicht notwendig im Pflegeheim
Wenn notwendig, welche müssen durchgeführt werden ?	
<input type="checkbox"/> Glucose 5% <input type="checkbox"/> NaCl 0,9% <input type="checkbox"/> Ringerlactat (alle ohne Medikamentenzusatz)	
<input type="checkbox"/> sonstige Infusionen:	
<i>Hinweis: Die Infusionstherapie ist nur möglich, wenn der Hausarzt diese Betreuungsleistung im Heim unterstützt. Deshalb bitte vorher unbedingt mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen!</i>	

Ort, Datum:

Name des Arztes bzw. Betreuers

Unterschrift und Stempel: