



Fragebogen für Angehörige der Heimbewohner bei Heimaufnahme

Um von Anfang an eine gute Pflege und Betreuung für Ihre Angehörigen gewährleisten zu können, bitten wir Sie nachfolgende Fragen möglichst genau und ausführlich zu beantworten.

Die Angaben sind freiwillig und unterliegen dem Datenschutz!

Für Fragen ihrerseits stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Name: _____

Herkunft:

Als wieviertes Kind geboren: _____

Geschwister: Schwestern: Anzahl: _____
 Brüder: Anzahl: _____

Eltern: Vater: _____ Beruf: _____
Mutter: _____ Beruf: _____

Kindheit/Jugend:

Wo aufgewachsen: auf dem Land
 in der Stadt
 Sonstiges: _____

Schulbildung/Ausbildung:

Beruflicher Werdegang:

Berufsausstieg: Wann: _____
In welcher Position: _____

Eheschließung:

Heirat: Ja Nein

Wenn ja: Tag der Eheschließung: _____
Name d. Ehepartners: _____
Beruf des Ehepartners: _____

Kinder: Name: _____ geb.: _____
Name: _____ geb.: _____
Name: _____ geb.: _____
Name: _____ geb.: _____
Name: _____ geb.: _____

Prägende Ereignisse/Krisen:

Krieg: _____
 Vertreibung: _____

- Tod des Partners: _____
- Tod eines Kindes: _____
- Tod der Eltern: _____
- Sonstiges: _____

Positive Ereignisse:

Interessen/Hobbies:

- Kartenspielen
- Zeitung lesen
- Spazieren gehen
- Sport/Gymnastik: _____
- Sonstiges _____
- Vereine/Mitgliedschaften _____
- Fernsehen
- Nachrichten hören
- Handwerken/Handarbeiten

Bezugspersonen:

- Kind: _____
- Nachbar: _____
- Sonstige: _____

körperlicher Gesundheitszustand:

- Prothesen: Ja Nein
wenn ja, wo: _____
- Versteifungen: Ja Nein
wenn ja, wo: _____
- geistige Behinderung: Ja Nein
wenn ja, welche: _____
- körperliche Behinderung: Ja Nein
wenn ja, welche: _____
- Operationen: Ja Nein
wenn ja, wann: _____
welche: _____
- Wunden: Ja Nein
wenn ja, wo: _____
welche Größe: _____
- Herzschrillmacher: Ja Nein
wenn ja, seit wann: _____
- Zahnprothesen: Ja Nein
Probleme m. Gebiss, wenn ja welche _____
- Körperstatur: korpulent normalgewichtig zierlich, klein dünn, schmal
- Probleme: mit Herz Diabetes Asthma
 Durchblutungsstörungen mit Blutdruck
 Dekubitus
 Sonstiges: _____

Beweglichkeit:

- geht selbständig
- mit Gehstock
- mit Rollator
- Hilfestellung nötig
- Rollstuhl
- bettlägrig
- benötigt Hilfe beim Aufstehen/Zubettgehen
- zieht sich selbständig an
- zieht sich unter Anleitung an
- kann sich ohne Hilfe nicht anziehen
- Sonstiges: _____

Bekleidung:

Lieblingsbekleidung: _____

Körperpflege:Hautzustand: trocken normalGrundpflege: wäscht sich selbständig
 nach Anleitung
 muss gewaschen/gebadet/geduscht werden selbständige Mund- u. Zahnpflege
 nach Anleitung
 benötigt Hilfe selbständige Nagelpflege
 nach Anleitung
 benötigt Hilfe selbständiges Frisieren/Rasieren
 nach Anleitung
 benötigt Hilfe
 Sonstiges: _____**Orientierung:**

- örtlich _____
- zeitlich _____
- zu Situationen _____
- zu Personen _____

Kommunikation:

- spricht undeutlich
- stumm
- spricht gern/ungern
- sprechen ist beeinträchtigt durch Schwerhörigkeit
- starke Sehschwäche
- blind
- starke Schwerhörigkeit
- taub
- benötigt Brille
- trägt Hörgerät
- Sonstiges: _____

Schlafgewohnheiten:

- mit/ohne Schlafmittel
wenn ja, welche: _____
- unruhiger/ruhiger Schlaf
- besondere Lage: _____
- Aufstehzeit: _____
- Bettgehzeit: _____
- schläft tagsüber/wann: _____

Ernährung:

- isst u. trinkt selbständig
- mit Hilfe (streichen, schneiden)
- muss verabreicht werden
- Kau/Schluckstörung
- Vollkost
- Diabetes mellitus Diät
- Schonkost, welche: _____
- parenterale Ernährung
- Sondennahrung
- Sonstiges: _____
- Lieblingsspeise: _____
- Lieblingsgetränk: _____
- Abneigungen: _____

Ess- u. Trinkverhalten zu Hause:

- isst gut u. viel isst normal u. ausreichend isst wenig, schlecht
- trinkt viel (mehr als 2l pro Tag) trinkt normal (1l – 2l pro Tag) trinkt wenig (weniger als 1l pro Tag)
- ernährt sich körper- u. gesundheitsbewusst, achtet auf sein/ihr Gewicht

Ausscheidung:

- geht selbständig auf die Toilette
- braucht Hilfe
- geht zu bestimmten Zeiten auf die Toilette
- hat keine Kontrolle über Urin/Stuhlgang
- trägt Einlagen
- Dauerkatheter
- Anus praeter (Stoma)
- Sonstiges: _____

Sozialverhalten:

- kontaktfreudig
- verminderter Antrieb
- geht gern zu Geselligkeiten
- schwierig im Umgang mit Mitmenschen
- motorische Unruhe
- Weglauftendenzen
- freundlich
- willig
- verdrießlich
- aggressiv
- Sonstiges: _____

Sonstiges, wichtige Mitteilungen:
