

## Pflegebedarfserhebungsbogen

### Zur Information

#### Aufzunehmende Person

<b>Name</b>		<b>SV-Nummer</b>	
<b>Adresse</b>		<b>Rel.-Bekenntnis</b>	
		<b>Raucher/in</b>	
<b>Derzeitiger Aufenthaltsort</b>	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> alternative Wohnform <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____		
	<i>Name der Einrichtung, Ort:</i> <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b> _____ <i>Anmerkung:</i> _____		
<b>Hausarzt/-ärztin</b>		<b>aktuelle PG-Stufe</b>	
<b>Sozialversich.-Träger</b>		<b>seit</b>	
<b>Angehörige(r) o. sonst. Ansprech-person(en)</b>		<b>erwartete PG-Stufe</b>	
		<b>Erhöhung beantragt</b>	
<b>Telefonnummer(n)</b>		<b>Verhältnis zur aufzunehmenden Person</b>	
<b>Erhebliche Beeinträchtigung</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit/Taubheit <input type="checkbox"/> Sehstörung/Blindheit <input type="checkbox"/> sonstige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sprachstörung/Stummheit                      (bitte angeben): _____ <input type="checkbox"/> psychische Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung in den letzten 1 - 2 Jahren erworben (bitte angeben): _____		Mehrfachnennungen sind möglich  <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b>
	<i>Anmerkung:</i> _____		
<b>Versorgung zu Hause</b>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Heimhilfe <input type="checkbox"/> Angehörige im eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> FSB "A" <input type="checkbox"/> Angehörige außerhalb d. eig. Haushalts <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege <input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe <input type="checkbox"/> Angehörigen-Entlastungsdienst <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung <input type="checkbox"/> Haus- und Heimservice <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> 24 Stunden Betreuung <input type="checkbox"/> MBH-ChG <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____		Mehrfachnennungen sind möglich  <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b>
	<i>Anmerkung:</i> _____		
<b>Patientenverfügung und juristische Dokumente</b>	<input type="checkbox"/> Angehörigenvertretung <input type="checkbox"/> Erwachsenenschutzvertretung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht		Mehrfachnennungen sind möglich
	<i>Anmerkung:</i> _____		

## Pflegebedarfserhebungsbogen

### Zur Beurteilung

#### Aktuelle Betreuungs- und Pflegesituation

<b>Wohnen</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständiges Wohnen möglich <span style="float: right; color: red;">Eingabe fehlt</span> <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation kann mit personeller/technischer Hilfe kompensiert werden <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation erschwert die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation schränkt bei den Lebensaktivitäten ein <input type="checkbox"/> Gefährdung durch die bauliche Situation bzw. durch die Wohnsituation <i>Anmerkung:</i>
<b>Haushaltsführung</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<i>Unterstützung bei der Haushaltsführung notwendig</i> <span style="float: right; color: red;">Eingabe fehlt</span> <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> seltener als 1x/Woche</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich</span> <input type="checkbox"/> nur bei Erledigungen außerhalb des Hauses <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> täglich</span> <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme <i>Anmerkung:</i>
<b>Versorgung durch das soziale Umfeld</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<i>Soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie ...</i> <span style="float: right; color: red;">Eingabe fehlt</span> <input type="checkbox"/> intakt und funktionierend <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Hauptbetreuungsperson überfordert</span> <input type="checkbox"/> eingeschränkt vorhanden/funktionierend <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Soziales Netz/Familie ist überfordert.</span> <input type="checkbox"/> wirkt/ist belastet <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Soziales Netz fehlt gänzlich.</span> <i>Anmerkung:</i>

#### Aktueller und Betreuungs- und Pflegebedarf

<b>Mobilität</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständig <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> mit Hilfe von 2 Personen, erschwerte Mobilisation</span> <input type="checkbox"/> mit technischem Hilfsmittel <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> weitgehende Bettlägerigkeit</span> <input type="checkbox"/> mit teilweiser personeller Unterstützung <span style="margin-left: 100px;">(Mobilisation möglich)</span> <span style="float: right; color: red;">Eingabe fehlt</span> <input type="checkbox"/> mit Hilfe Dritter und/oder Rollstuhl <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> vollständige Bettlägerigkeit</span> <i>Anmerkung:</i>
<b>Körperpflege und Kleiden</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständig <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Mithilfe und Beaufsichtigung täglich nötig</span> <span style="float: right; color: red;">Eingabe fehlt</span> <input type="checkbox"/> selbständig, fallweise Erinnern <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nur mit personeller Unterstützung (Mitwirkung möglich),</span> <input type="checkbox"/> Unterstützung in Teilbereichen <span style="margin-left: 100px;">Kontrolle (Umziehen) erforderlich</span> <input type="checkbox"/> Anleiten/Übernahme in Teilbereichen <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> vollständige Hilfe und Übernahme notwendig</span> <i>Anmerkung:</i>
<b>Essen und Trinken</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 20px;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständig <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nahrung und Getränke müssen teilweise eingegeben werden, evtl. Pürieren/Eindicken</span> <input type="checkbox"/> Vorbereiten notwendig <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nahrung und Getränke müssen vollständig eingegeben werden</span> <input type="checkbox"/> Vorbereiten und teilweise Beobachten notwendig (vor allem Trinken) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> sonstige Ernährungsform</span> <span style="float: right; color: red;">Eingabe fehlt</span> <input type="checkbox"/> muss zusätzlich zum Essplatz gebracht werden <i>Anmerkung:</i>

## Pflegebedarfserhebungsbogen

<b>Ausscheidung</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Anleitung und Beobachtung erforderlich <input type="checkbox"/> Begleitung erforderlich <input type="checkbox"/> Beginnende Harninkontinenz, IKV-Einlagen, Harnflasche  <i>Anmerkung:</i>	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz, vollständige IKV oder Harnkatheter <input type="checkbox"/> Harninkontinenz, fallweise Stuhlinkontinenz, Reinigung notwendig <input type="checkbox"/> vollständige Harn- und Stuhlinkontinenz, Wechsel und Reinigung oder Stomaversorgung durch Dritte  <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b>
<b>Hautpflege Lagerung</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> nicht notwendig <input type="checkbox"/> Lagerung beim Zu-Bett-Gehen, trockene Haut <input type="checkbox"/> druckentlastende Lagerung beim Zu-Bett-Gehen, fallw. lokale Deku-Prophylaxe <input type="checkbox"/> Lagerung zu Bettliegezeiten, Deku-Prophylaxe 1 x täglich  <i>Anmerkung:</i>	<input type="checkbox"/> nächtlicher Lagerungswechsel mit Deku-Prophylaxe <input type="checkbox"/> Lagerung u. Prophylaxe im Sitzen und im Bett, am Tag und in der Nacht, gefährdeter Hautstatus <input type="checkbox"/> sehr gefährdeter Hautstatus, Lagerung und Prophylaxe mind. alle 3 Stunden  <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b>
<b>Psychische Situation</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> ausgeglichen durch Medikation <input type="checkbox"/> leichte Stimmungsschwankungen, teilweise veränderter Antrieb <input type="checkbox"/> phasenweise Verhaltensänderung, leichte Intervention durch Dritte  <i>Anmerkung:</i>	<input type="checkbox"/> regelmäßige Beobachtung und Intervention durch Dritte untertags <input type="checkbox"/> regelmäßige Beobachtung und Intervention durch Dritte auch nachts erforderlich <input type="checkbox"/> teilweise Eigen- und/oder Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> kontinuierliche Beobachtung/zeitintensive Betreuung über 24 Stunden erforderlich  <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b>
<b>Spezielle Pflege (Atmung, Schmerz, etc.)</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> nicht notwendig <input type="checkbox"/> Klient/in selbständig <input type="checkbox"/> gelegentliche Unterstützung/Kontrolle <input type="checkbox"/> tägliche Unterstützung/Kontrolle  <i>Anmerkung:</i>	<input type="checkbox"/> tägliches Übernehmen <input type="checkbox"/> tägliche umfangreiche Behandlungspflege <input type="checkbox"/> intensive Behandlungspflege mehrmals täglich <input type="checkbox"/> DGKP nachts erforderlich _____-stündlich  <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b>
<b>Orientierung und Bewusstseinslage</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<i>Betreuungsmaßnahmen sind ...</i> <input type="checkbox"/> nicht erforderlich (voll orientiert) <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei neuen Situationen <input type="checkbox"/> in Teilbereichen erforderlich (teilorientiert)  <i>Anmerkung:</i>	<input type="checkbox"/> in allen Lebensbereichen erforderlich (desorientiert) <input type="checkbox"/> dauernd erforderlich (schwer desorientiert) <input type="checkbox"/> auch nachts erforderlich (tw. Schlaflosigkeit)  <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b>
<b>Kommunikation und soziales Verhalten</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">0</div>	<input type="checkbox"/> selbständige Alltagsgestaltung <input type="checkbox"/> selbständige Tagesgestaltung, Kommunikation bei Ansprechen <input type="checkbox"/> passive Grundhaltung und Rückzugstendenz, lässt sich aber animieren <input type="checkbox"/> Kommunikation eingeschränkt (kognitive oder Sinneseinschränkung)  <i>Anmerkung:</i>	<input type="checkbox"/> deutlich erschwerte Kontaktaufnahme und Kommunikation <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug mit Leidensdruck <input type="checkbox"/> unangepasstes, für Umfeld belastendes Verhalten  <b style="color: red;">Eingabe fehlt</b>

## Pflegebedarfserhebungsbogen

<b>Medikamenten- verabreichung</b>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Besorgen nötig, Vorrichtungen und Einnahme selbständig <input type="checkbox"/> Medikamente werden vorbereitet, Einnahme selbständig <i>Anmerkung:</i>	<input type="checkbox"/> Vorbereitung und Überwachung der Einnahme <input type="checkbox"/> Erschwerte Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> Erhöhter Zeitaufwand erforderlich	Eingabe fehlt
0			

0	<i>Summe aus den Punktwerten der einzelnen Fragebatterien</i>
---	---------------------------------------------------------------

### Ausschlaggebende abschließende fachliche Beurteilung

<b>Maßnahmen ohne Heimaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> sind möglich, daher Empfehlung von <input type="checkbox"/> Mobilien Diensten <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung <input type="checkbox"/> wurden geprüft, sind jedoch nicht (mehr) möglich. <i>Anmerkung:</i>	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Alternative Wohnformen	Mehrfachnennungen sind möglich
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

<b>Notwendigkeit einer Heimaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> gegeben <div style="border: 2px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <b>sehr dringend</b> <input type="checkbox"/>  <b>dringend</b> <input type="checkbox"/>  <b>weniger dringend</b> <input type="checkbox"/>  <b>nicht dringend</b> <input type="checkbox"/> </div>	<input type="checkbox"/> derzeit nicht gegeben, aber unter Berücksichtigung der absehbaren Entwicklung innerhalb von _____ Monaten zu erwarten. <input type="checkbox"/> nicht gegeben (keine pflege/therapeutisch relevanten Veränderung in den letzten 4 Monaten)	Eingabe fehlt
---------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Sonstige Empfehlungen zur Unterstützung der Hauptbetreuungsperson:

Begründung:

<b>Pflege- bzw. Betreuungsperson für Rückfragen</b>	Name	
	Qualifikation, Organisation	
	Telefonische Erreichbarkeit	

<b>Begutachtende Person</b>	Name	
	Qualifikation, Organisation	
	Telefonische Erreichbarkeit	

Datum, Unterschrift:

### Datenschutz

Siehe Beiblatt "Hinweis nach EU-Datenschutz-Grundverordnung.