

## Mein Pflegebedarf

Füllen Sie den Pflegebedarf vollständig aus, oder bitten Sie ihre Bezugsperson, den Bogen mit ihnen zusammen auszufüllen. Legen Sie zudem eine Kopie Ihrer aktuellen Medikamentenverordnung inkl. Reservemedikation und der Krankenversicherungskarte bei.

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Diagnose/Diagnosen und weitere gesundheitliche Beschwerden (z.B. Bluthochdruck, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien:

\_\_\_\_\_

### Essen und Trinken

- selbständig
- das Essen muss mir eingegeben werden
- ich brauche Unterstützung beim Zerschneiden
- ich brauche Unterstützung beim Trinken
- ich brauche Hilfe beim Besteck führen
- habe Schluckprobleme
- ich esse vegetarisch
- Diät, Spezialkost oder Unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

- Sondenkost. Marke, Menge und Verabreichungszeiten pro Tag

\_\_\_\_\_

### **Ankleiden**

ich kann nicht mithelfen beim An- und Auskleiden

Folgende Kleidungsstücke kann ich ganz, oder zum Teil, selbständig anziehen

---

---

### **Körperpflege**

Welche Pflegeutensilien (Körperpflege, Salben, Verbandsmaterial, Inkontinenzmaterial etc.) verwenden sie und wo befinden sie sich?

---

### **Mundpflege**

selbständig

mit Hilfe

### **Waschen**

ich kann mich selbständig waschen

ich kann den Oberkörper selber waschen

ich kann beim Waschen nicht mithelfen

Gewohnheiten (z.B. Duschen, Rasieren, Zahnpflege, etc.)

---

---

---

### **Ausscheidung - Urin**

Ich bin *kontinent* und

- benütze Toilette
- Nachtstuhl
- Flasche/Topf

Ich bin *inkontinent* und

- trage Einlagen
- verwende Urinal
- DK-Träger/Cystofix. Letzter Wechsel am \_\_\_\_\_ Füllmenge Ballon \_\_\_\_\_ ml
- Cystofix: Verbandwechsel wie oft? \_\_\_\_\_
- Spezielles \_\_\_\_\_

### **Ausscheidung - Stuhl**

Ich bin *kontinent* und benütze

- WC
- Nachtstuhl
- Bettschüssel

Ich bin *inkontinent* und trage

- Einlagen
- Spezielles \_\_\_\_\_

Ich brauche \_\_\_\_\_ Mal pro Woche

- ein Practocliss
- ein Microcliss
- ein Einlauf. Welches System \_\_\_\_\_
- muss ausgeräumt werden. Wie oft? \_\_\_\_\_
- Spezielles \_\_\_\_\_

## Atmung

- normal
  - erschwert, äussert sich wie folgt / Unterstützungsmassnahmen \_\_\_\_\_
- 

- ich kann husten, wenn ich mich verschlucke
- ich kann mich räuspern, aber nicht husten
- Spezielles \_\_\_\_\_

## Mobilität

Meine Arme und Hände kann ich wie folgt einsetzen

---

---

Meine Beine sind:

- gelähmt
- eher schlaff
- eher spastisch
- Spezielles \_\_\_\_\_

Ich kann:

- selbständig gehen
  - mit Hilfe gehen
  - ich verwende die Gehilfe/n \_\_\_\_\_
  - mit Hilfe kurz stehen
  - mit Hilfe länger stehen
  - meine Sitzposition selber ändern
  - max. \_\_\_\_\_ Stunden im Rollstuhl verbringen
- Dabei ist eine \_\_\_\_\_ Positionsveränderung nötig:  ja /  nein
- mich mit Handrollstuhl alleine fortbewegen
  - mich mit Elektrorollstuhl/Swisstrac
  - ich brauche Hilfe für die Fortbewegung im Rollstuhl
  - ich benütze folgendes Lagerungsmaterial im Rollstuhl \_\_\_\_\_

Ladegerät/Kabel für den Rollstuhl, wo befindet es sich? \_\_\_\_\_

## Transfer

Den Transfer ins Bett, mache ich

- auf der rechten Bettseite
- auf der linken Bettseite
- ich benötige folgende Hilfsmittel am Bett \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie detailliert, wie Sie den Transfer zu Hause ausführen, inkl. Methodik und Hilfsmittel

---

---

---

---

## Ruhen und Schlafen

Mittagsschlaf mache ich

- nie
- wenn möglich
- immer
- wie lange \_\_\_\_\_

ich brauche folgendes Lagerungsmaterial

---

---

- ich werde nachts \_\_\_\_\_ Mal umgelagert
- ich brauche nachts folgende, zusätzliche Unterstützung

---

---

## **Kommunikation**

### ***Sprache***

- kein Problem
- erschwert, jedoch verständlich
- schlecht verständlich
- ich kann mich verbal nicht mehr mitteilen

### ***Gehör***

- kein Problem
- erschwert
- trage Hörapparat
- höre gar nichts
- Hörapparat Batterien, welche und wo zu finden \_\_\_\_\_

### ***Augen***

- kein Problem
  - mit Brille gut
  - sehr schlecht
  - spezielles \_\_\_\_\_
- um die Kommunikation zu erleichtern benötige ich folgende Hilfsmittel oder Massnahmen
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## **Freizeitgestaltung**

Ich interessiere mich für:

- Kunst/Museum
- Musik / Stil \_\_\_\_\_
- Lesen/Vorlesen
- Natur
- Basteln/Handarbeiten
- Spiele
- anderes \_\_\_\_\_

## Behandlungspflegerische Massnahmen

Welche Verbandswechsel sind notwendig

- Cystofix / Urostoma / Colostoma (künstlicher Darmausgang)
  - Dekubitus
  - andere
- 

Bitte beschreiben Sie wo, mit welchen Materialien, wie oft und wie:

---

---

Sind regelmässige Kontrollen/Untersuchungen notwendig, welche?

- Blutdruck
- Blutzucker
- andere \_\_\_\_\_

nächster Arzttermin, warum und bei wem \_\_\_\_\_

## Sicherheit

- ich bin sturzgefährdet
  - ich kann mich an einem fremden Ort gut zurechtfinden
  - wenn nicht: Was würde mir helfen mich besser orientieren zu können?
- 

## Rufsystem

ich kann das Rufsystem wie folgt betätigen:

- von Hand
- mit dem Kopf
- durch Saugen
- durch Blasen
- ich habe ein eigenes Rufsystem
- andere Möglichkeiten \_\_\_\_\_

**Hausarzt/in**

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Neurologe/in**

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**Medikamente**

Aktuelle Medikamentenliste mir der genauen Dosierung beilegen!

Ich nehme die Medikamente:

- selbstständig
- benötige Hilfe bei der Abgabe
- spezielles \_\_\_\_\_

Aufbewahrt sind die Medikamente, wo \_\_\_\_\_



**Wichtige Angaben:**

Ausfüllen wenn; keine Kopie der Patientenverfügung mit diesen Angaben vorliegt, diese nicht mehr aktuell ist, oder nur die Bezugsperson darin genannt wird, die sie pflegt.

Vorname/Name der Angehörige/Bezugsperson \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon 1 \_\_\_\_\_ Telefon 2 \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Bezugsperson, die erreichbar ist

1. Priorität:

Vorname/Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Priorität:

Vorname/Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ausgefüllt mit Hilfe von \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_