

D 2.1.2.3 Formular: Fragebogen Bewohnerneuaufnahme

1. Interessent:		
o Vor- und Nachname / Geburtsname:		
o Geburtsort / Geburtsdatum:		
o Nationalität / Muttersprache:		
o Familienstand:		
o Religion / Konfession:		
o Adresse:		
o Besteht eine gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>	Vertreter: _____
o Besteht eine Bevollmächtigung?	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>	Bereiche: _____
o Besteht eine Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>	
2. Kostenträger (Selbstzahler / Sozialhilfe):		
3. Besteht eine Beihilfeberechtigung in % (z.B. Lehrer, Beamte, usw.):		
4. Krankenkasse und Versicherungsnummer:		
5. Besteht ein Pflegegrad /eine Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls / einer Behinderung?		
6. Behandelnder Hausarzt / Fachärzte / Therapeuten / Fußpflege / Friseur :		
7. Apotheke:		
8. Kontaktperson:		
o Name:		
o Verwandtschaftsgrad:		
o Adresse:		
o Telefonnummer:		
o E-Mail-Adresse:		
Erstellt von/ am	Überarbeitet von/ am	Geprüft und freigegeben von/am:
QMB 02.05.18	QMB 01.03.2022	EL 01.03.2022
Version 1.6		Seite: 1

D 2.1.2.3 Formular: Fragebogen Bewohnerneuaufnahme

9. Wann war der letzte stationäre Aufenthalt:

<input type="radio"/> Allgemeinkrankenhaus:	
<input type="radio"/> Gerontopsychiatrische Einrichtung:	
<input type="radio"/> REHA-Klinik:	

10. Gewünschte Unterbringung:

<input type="radio"/> Kurzzeitpflege	<input type="radio"/> Stationäre Pflege
<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer

Aufnahme geplant ab: _____ bis: _____ Anzahl Tage: _____

11. Narratives Interview:

<input type="radio"/> Aussagefähig:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="radio"/> Teilnehmer:	
-------------------------------------	---	-----------------------------------	--

12. Besteht ein körperlicher Hilfebedarf? An Hilfsmitteln werden benutzt:

<input type="radio"/> Gehstock / Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Leihgerät von: _____
<input type="radio"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Leihgerät von: _____
<input type="radio"/> Prothesen (z.B. Zahn-, Arm- Beinprothesen): _____		
<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Leihgerät von: _____
<input type="radio"/> Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Leihgerät von: _____
<input type="radio"/> Absauggerät	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Leihgerät von: _____
<input type="radio"/> O2-Konzentrator	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Leihgerät von: _____
<input type="radio"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Leihgerät von: _____

13. Freiheitsentziehende Maßnahmen:

<input type="radio"/> Bettgitter
<input type="radio"/> Bauchgurt
<input type="radio"/> Sonstige: _____

Erstellt von/ am		Überarbeitet von/ am		Geprüft und freigegeben von/am:	
QMB	02.05.18	QMB	01.03.2022	EL	01.03.2022
Version 1.6			Seite: 2		

D 2.1.2.3 Formular: Fragebogen Bewohnerneuaufnahme

14. Wird Unterstützung benötigt?	Keine Unterstützung	gelegentlich	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Aufstehen und Gehen				
Treppensteigen				
Essen				
Trinken				
mundgerechter Zubereitung Mahlzeiten				
Körperwäsche				
Ankleiden/Auskleiden				
Frisieren/Rasieren				
Aufstehen (aus dem Bett)				
zu Bett gehen / Transfer				
Ausscheidung				
Baden/Duschen				
Bevorzugtes Geschlecht der Pflegekraft bei Körperpflege	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> egal	
15. Liegt eine Desorientierung vor?				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bem.:		
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bem.:		
zur eigenen Person desorientiert	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bem.:		
situativ / zur Person desorientiert	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bem.:		
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Bem.:		
Herausforderndes Verhalten	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art:		
16. Liegt Inkontinenz vor?				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein			
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art:		
Stoma-Versorgung	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art		
Liegt ein Dauerkatheter?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art:		
Wird Inkontinenzmaterial benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art:		

Erstellt von/ am		Überarbeitet von/ am		Geprüft und freigegeben von/am:	
QMB	02.05.18	QMB	01.03.2022	EL	01.03.2022
Version 1.6		Seite: 3			

D 2.1.2.3 Formular: Fragebogen Bewohnerneuaufnahme

17. Einschränkungen der:		
Sehfähigkeit: Hörfähigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Sehhilfe Art: _____ <input type="checkbox"/> Hörhilfe Art: _____
18. Spezielle Kostform?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art: _____ passiert: _____ Allergien / Unverträglichkeiten: _____ Abneigungen: _____ Vorlieben: _____
19. Ernährung über Sonde?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Vollernährung: <input type="checkbox"/> Teilernährung: <input type="checkbox"/>
20. Dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	
20. Liegt eine ansteckende Krankheit vor? <small>(gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)</small>	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art: _____
20.1 COVID 19 genesen	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Genesen am: _____
20.2 COVID 19 Impfung	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl: <input type="checkbox"/> x 1 <input type="checkbox"/> x 2 <input type="checkbox"/> x 3 <input type="checkbox"/> x 4 Impfstoff: _____ Datum letzte Impfung: _____
21. Liegt eine Suchterkrankung vor?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art: _____
22. Liegt ein Wundstatus vor?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art: _____
23. Sind Schmerzen vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Art: _____
24. Versorgung in der Endphase:	Besteht ein Bestattungsvorvertrag?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn Ja, bei welchem Bestattungsunternehmen:	
	Bes. Wünsche:	
Fragen richten Sie bitte an die Tel 08421/93 77 – 0 oder per Mail an spital@eichstaett.de Bahnhofplatz 3, 85072 Eichstätt		

Hinweis: Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich zur Aufnahme gespeichert und verarbeitet. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Jederzeit können Sie diese Einwilligung widerrufen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten. (siehe Homepage: www.heilig-geist-eichstaett.de)

Erstellt von/ am		Überarbeitet von/ am		Geprüft und freigegeben von/am:	
QMB	02.05.18	QMB	01.03.2022	EL	01.03.2022
Version 1.6		Seite: 4			