



KÖNIGSBERGER
Diakonie

Königsberger Diakonissen-Mutterhaus der Barmherzigkeit auf Altenberg

Anlage

zum

Aufnahme-Antrag

für die

Pflegeeinrichtungen

- Haus Berlin – Wetzlar
- Haus Königsberg – Wetzlar
- Seniorenzentrum Hüttenberg – Hüttenberg
- Solmser Heim – Braunfels

1. Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____ Konf.: _____

2. Sozialanamnese / soziales Leben

Lebenslauf (Familie, Geschwister, Schule, Ausbildung, Wohnung, prägende Ereignisse, Leistungen, Krisen, Erkrankungen...):

Frühere Interessen / Gewohnheiten (Clubs, Fernsehen, Gartenarbeiten, Handarbeiten, Kochen, Lesen, Musik, Reisen, Spaziergehen, Spiele, Sport, Theater, Tiere, gelebte Religion...):

Jetzige Möglichkeiten:

3. Grundpflege

Ist geschlechterspezifische Pflege erforderlich ja nein

Körperreinigung	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> im Bett <input type="checkbox"/> am Waschbecken
Mundpflege	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich
Zahnprothese	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich
Rasieren	<input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich
Fußpflege	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich

4. Ärztlich angeordnete pflegerische Maßnahmen

Zum Beispiel Wundbehandlungen, Verbände, Spritzen etc.

Sicherheit des Bewohners

- Bettgitter
- Patientensicherungsgurte
- Rollstuhlsicherheitsgurt

Bemerkungen:

5. Persönliche Bedürfnisse

Schlafen

- schläft ruhig
- schläft unruhig
- benötigt Schlafmittel

Beschäftigung

- Buch
- Zeitung
- Radio
- Handarbeit
- Basteln
- TV

Verhalten

- aktiv
- passiv
- kooperativ
- nicht kooperativ
- verwirrt
- desorientiert
- herausfordernd

Bemerkungen:

6. Nahrungsaufnahme

- Normalkost
- Diabetikerkost
- Sonstiges:

Nahrungsaufnahme ohne Hilfe Hilfe erforderlich Sonde

Gewohnte tägliche Trinkmenge:

Allergien, Unverträglichkeiten:

Abneigungen:

Vorlieben:

7. Mobilität

Aufstehen ohne Hilfe Hilfe erforderlich Lifter erforderlich

Sitzen täglich _____ Std. im Sessel im Rollstuhl

Gehen ohne Hilfe Hilfe erforderlich

Bemerkungen:

8. Ausscheidungen

Harninkontinenz ja nein

Toilettentraining ja nein

Inkontinenzprodukte Vorlagen

Einlagen

Höschenwindeln

tagsüber

nachts

Katheter Bauchdecke

Harnröhre

nein

Stuhl Inkontinenz

ja

nein

Bemerkungen: _____

9. Kommunikation / Verständigung

Hören: _____

Sehen: _____

Sprechen: _____

Orientierung

örtlich

ja

nein

zeitlich

ja

nein

zur Person

ja

nein

zur Situation

ja

nein

Bemerkungen: _____

10. Folgende aufgeführte Heil- und Hilfsmittel werden mitgebracht:

Hörgerät

Brille

Kontaktlinsen

Rollstuhl

Gehhilfen

Gehwagen

Gehstock

Zahnprothese

oben unten

Sonstiges: _____

11. Zusammenfassende Ergänzung von HL / PDL:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

bzw. des unter Punkt 6. in Aufnahmeantrag angegebenen Bevollmächtigten