

## FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bisherige Wohnsituation: \_\_\_\_\_  
 (Haus, Wohnung,...) \_\_\_\_\_

Bisher eingesetzte Dienste: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Damit wir Ihren Eintritt bei uns gut planen können, füllen Sie bitte dieses Formular gemeinsam mit Ihrem Hausarzt oder der Pflegefachperson Spitex aus und senden dies vor Ihrem Eintritt an unsere Institution.**

### SICH WASCHEN UND KLEIDEN

- Tägliche Körperpflege
- Baden/Duschen
- Nagelpflege/Haarpflege
- Sich ankleiden/sich auskleiden
- Rasieren
- Haut intakt

### Selbstständig

- 
- 
- 
- 
- 
- nein

### mit Hilfe

- 
- 
- 
- 
- 
- ja

### HILFESTELLUNG

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ATMEN

- Atemfunktion
- Inhalation
- Hilfsmittel
- Gewohnheiten
- 

- 
- nein
- nein

- 
- ja
- ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ESSEN UND TRINKEN

- Essen
- Trinken
- Diät
- Zahnprothese
- Gewicht:
- Gewohnheiten
- Hilfsmittel
- Unverträglichkeiten
- 

- 
- 
- nein
- nein
- nein
- ja
- ja
- ja
- ja

- 
- 
- ja
- ja
- ja

Grösse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUSSCHEIDEN

- Tag Urin
- Tag Stuhlgang
- Nacht
- Dauerkatheter
- Inkontinenzmaterial

Selbstständig

mit Hilfe

HILFESTELLUNG

- |                          |      |                          |       |
|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja    |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja    |

SICH BEWEGEN

- Aufstehen, Hinlegen, Absitzen
- Besteht Bettlägerigkeit
- Fortbewegen im Wohnbereich
- Treppen steigen
- Benützung eines Lifts
- Gehen im Freien
- Werden Hilfsmittel benötigt?
- Gewohnheiten
- 

- |                          |      |                          |       |
|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja    |
| <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja    |
|                          |      |                          | _____ |

KOMMUNIZIEREN

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Kontakt aufnehmen
- 

- |                          |  |                          |       |
|--------------------------|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |

GEDÄCHTNIS/BEWUSSTSEIN

- Orientiert
- Umweltkontakt verändert
  - Zeitlich/örtlich desorientiert, jedoch ruhig:
    - Tagsüber
    - Nachts
  - Zeitlich/örtlich desorientiert und unruhig
  - Sich zurechtfinden in Umgebung

- |                          |  |                          |       |
|--------------------------|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |

SCHLAFEN

- Gewohnheiten
- Hilfsmittel
- 

- |                          |  |                          |       |
|--------------------------|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | _____ |

GESTALTEN DES ALLTAGS, SINN FINDEN

- Beschäftigung tagsüber
- Hobbys
- Glauben
- 

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

FÜR SICHERHEIT SORGEN

- Sturzgefährdung
- Orientierung/Weglauftendenz
- Bettgitter
- Dekubitusgefährdung
- 

- |                          |      |                          |    |       |
|--------------------------|------|--------------------------|----|-------|
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | _____ |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | _____ |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | _____ |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | _____ |

PRÄVENTIVE, DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

---

---

---

---

---

BEFINDLICHKEIT (ANGABEN ZUR BIOGRAPHIE UND ZUR JETZIGEN SITUATION)

---

---

---

---

PROBLEMBEREICHE

---

---

---

WICHTIGE ANLIEGEN (BETROFFENE PERSON, FAMILIE, GESETZLICHE VERTRETER)

---

---

---

---

---

Ort: .....

Datum: .....

Arzt oder Spitex-MA

Der Gesuchsteller oder  
dessen Vertreter

---

---

BITTE EINSENDEN AN: Läbesgarte Bleichematt, Postfach 164, 4562 Biberist