

<b>Name, Vorname:</b>		<b><u>Pflegekasse/Krankenkasse:</u></b>	
<b>Geburtsdatum :</b>	<b>Telefonnummer:</b>	<b><u>Gesetzlicher Betreuer:</u></b>	
<b>Adresse:</b>		Name:	
		Adresse	
<b>Größe:</b>		<b><u>Hausarzt:</u></b>	
<b>Gewicht:</b>		Name:	
		Adresse:	
<b>Bei stationärem Aufenthalt: Name und Anschrift des Krankenhauses</b>		<b><u>Aufnahme gewünscht ab:</u></b>	
		<input type="checkbox"/> in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> in eine stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> in einen ambulanten Pflegedienst <input type="checkbox"/> in eine Tagespflege <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	

**Beantragte Leistungen:**

- Vollstationäre Pflege (§43 SGB XI)    
  Antrag auf Kurzzeitpflege (§39c SGB XI)    
  gesetzliche Betreuung

**Vorhandener Pflegegrad nach SGB XI:**

- Pflegegrad 1     Pflegegrad 2     Pflegegrad 3     Pflegegrad 4     Pflegegrad 5  
 kein Pflegegrad vorhanden      vorläufiger Pflegegrad

**Formular wurde ausgefüllt von:**

\_\_\_\_\_  
Name/Funktion/Telefon

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Schilderung der wichtigsten Funktionsstörungen (inkl. **pflegebegründete** Diagnosen):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einschränkungen/Schädigungen, die die tägliche Lebensführung und Aktivitäten in besonderem Maß beeinträchtigen (Warum wird personelle Hilfe benötigt?):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!**

	Aktivität <b>selbständig</b> möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit <b>geringer, punktueller Hilfe</b> möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; <b>überwiegende personelle Hilfe</b>	Aktivität <b>unselbständig</b> , wird fremdübernommen
<b>Mobilität</b>				
<b>Positionswechsel im Bett</b> (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
<b>Halten einer stabilen Sitzposition</b> (im Sessel)				
<b>Umsetzen</b> (Transfers)				
<b>Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs</b> (in der Ebene)				
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>				
<b>Waschen vorderer Oberkörper</b>				
<b>Waschen des Intimbereichs</b>				
<b>Duschen und Baden</b> (Ober-/Unterkörper, Haare)				
<b>An- und Auskleiden des Oberkörpers</b>				
<b>An- und Auskleiden des Unterkörpers</b>				
<b>Essen</b>				
<b>Ernährung parenteral/ PEG/PEJ</b>				
<b>Trinken</b>				
<b>Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls</b> (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)				
<b>Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma</b>				
<b>Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma</b>				

	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
<b>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>				
<b>Zeitliche Orientierung</b> (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)				
<b>Verstehen von Sachverhalten und Informationen</b>				
<b>Mitteilen von elementaren Bedürfnissen</b> (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)				
<b>Verstehen von Aufforderungen</b> (kognitiv und/oder Hören)				

**Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:**

Bestehen z.B. Unruhezustände, aggressives/ abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

- Hinlauftendenz       aggressives / abwehrendes Verhalten       nächtliche Unruhe  
 Halluzinationen       Wahnvorstellungen       Sonstiges

Sind diese Verhaltensauffälligkeiten medikamentös eingestellt?       ja       nein

Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit
	Nein	Ja	Täglich (Wie oft wird verabreicht?)
Medikation			
Injektion			

Werden Hilfsmittel benötigt?       ja       nein

Wenn ja, welche und sind sie beantragt?

**Ärztliche Verordnung fachpflegerischer Maßnahmen:**

Bestehen Erkrankungen welche einer behandlungspflegerischen Maßnahme bedürfen? Bitte ggf. Lokalisation, Häufigkeit und Material nennen.

- Wunden       Ulcera       Dekubitus       Infusionen       Katheterisierung       Sonstiges

Liegen Meldepflichtige Erkrankungen vor?       ja       nein

Wenn ja, welche?

Gibt es klinische Anzeichen für multiresistente Keime?       ja       nein

Wenn ja, welche und wo lokalisiert

Ist ein Abstrich auf multiresistente Keime erfolgt?       ja       nein

Sonstiges: