

Anamnesebogen zur Heimaufnahme

Name, Vorname

Wir möchten Sie bitten diesen Anamnesebogen soweit wie möglich auszufüllen. Da Unterlagen für verschiedene Bereiche bestimmt sind kann es sein, dass Sie hier nochmals gleiche Angaben machen müssen. Wir bitten hierfür um Verständnis.

Notwendigkeit besonderer Beaufsichtigung wegen:

		nie	gelegentlich	häufig	ständig
Desorientierung	- zeitlich				
	- örtlich				
	- zur Person				
	- situativ				
Weglaufgefahr/Inlautendenz					
Antriebsstörungen					
Erregungs-/Unruhezustände					
Fremdgefährdung					
Selbstgefährdung/Suizid tendenz					
Depressionen					

Benötigte Hilfsmittel des Antragstellers, Einschränkungen:

Hilfsmittel			
Brille/Kontaktlinsen Einschränkung Sehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> Lesebrille
Zahnprothese oben Zahnprothese unten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
Hörapparat links Hörapparat rechts Einschränkung Hören	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht	
Rollstuhl Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Multifunkt. Serien Nr. _____
Gehhilfen Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehbock Serien Nr. _____
Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bettgalgen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wechseldruckmatratze Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein	Serien Nr. _____
PEG/Magen Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Serien Nr. _____
Mobiles Sauerstoffgerät Eigentumsverhältnis	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein	Serien Nr. _____

Sprache:

Sprachverhältnis	<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte <input type="checkbox"/> Sprachverhältnis fehlt <input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden
Sprach- und Sprechfähigkeit	<input type="checkbox"/> weitgehend erhalten <input type="checkbox"/> kurze Sätze können gebildet werden <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. einzelne Sätze <input type="checkbox"/> nicht möglich weil: <hr/> <hr/>

Persönlicher Kontakt:

Nähe und Distanz	<input type="checkbox"/> reagiert positiv auf Körperkontakt <input type="checkbox"/> hält lieber Distanz <input type="checkbox"/> kann abrupt ablehnend reagieren wenn: <hr/> <hr/>
------------------	--

Gewohnheiten:

Tagesablauf	
Morgens, z.B. zuerst frühstücken	<hr/> <hr/>
Mittags z.B. Ruhepause	<hr/> <hr/>
Abends, z.B. Getränk, Rituale	<hr/> <hr/>
Sonstiges:	
Zur Entspannung:	
Zum Einschlafen:	
In Stresssituationen:	
In Pflegesituationen:	

Verhalten:

Wünsche und Vorlieben:	_____ _____
Ärger/ abwehrendes Verhalten	_____ _____
Angst	_____ _____

Essen und Trinken:

<input type="checkbox"/> erkennt Essen <input type="checkbox"/> braucht Ansprache <input type="checkbox"/> Besteck in die Hand legen	<input type="checkbox"/> erkennt Getränke <input type="checkbox"/> benötigt Zeit/Geduld <input type="checkbox"/> Hand/Bewegungen führen	<input type="checkbox"/> trinkt selbständig <input type="checkbox"/> isst selbständig <input type="checkbox"/> isst mit den Fingern
Risiken z.B. Verchlucken	_____ _____	
bevorzugte Speisen und Getränke	_____ _____	
Abneigungen Unverträglichkeiten	_____ _____	
Hilfestellungen	_____ _____	
Abwehrendes Verhalten	_____ _____	

Ruhen und Schlafen:

<input type="checkbox"/> ohne Probleme <input type="checkbox"/> wacht auf gegen Uhr <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Toilettegänge gegen Uhr <input type="checkbox"/> nächtliches Aufstehen <input type="checkbox"/> zu Bett gehen gegen Uhr	<input type="checkbox"/>
Einschlafgewohnheiten	_____ _____
bevorzugte Speisen und Getränke	_____ _____

Körperpflege:

<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> wäscht sich am Waschbecken selbst <input type="checkbox"/> benutzt Waschlappen <input type="checkbox"/> wäscht Oberkörper selbständig <input type="checkbox"/> wäscht Unterkörper selbständig <input type="checkbox"/> bevorzugt Duschen <input type="checkbox"/> bevorzugt Wannenbad	
Hilfestellungen	_____
abwehrendes Verhalten	_____
Risiken z.B. Empfindlichkeit der Haut	_____

An- und Auskleiden:

Lieblingskleidungsstücke	_____
Besonderheiten	_____
abwehrendes Verhalten	_____

Ausscheiden:

<input type="checkbox"/> Kontrolle der Blase <input type="checkbox"/> Kontrolle des Darms <input type="checkbox"/> erkennt Toilette	
Feste Toilettenzeiten	_____
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Einlage <input type="checkbox"/> Vorlage <input type="checkbox"/> Windelhöschen <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Blasenkatheter Sonstiges: _____

Bestattungswünsche:

<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Urnenbeisetzung <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Wie soll die Bestattung geregelt werden? Wer trägt die Kosten der Bestattung?	