

Fragebogen zur Ermittlung des häuslichen Pflegebedarfs und Kontaktinformationen

Angaben zum Antragssteller

Name und Vorname des Patienten		Geburtsdatum		m	w
Adresse 1					
Adresse 2					
Strasse		Ort			
PLZ					
Telefon					
Kranken-Versicherung					

Angaben der Bezugsperson / Vertrauensperson / Vertreter

Name und Vorname (Hauptkontakt für Notfall)		Name und Vorname (Weiterer Kontakt für den Notfall)	
Adresse		Adresse	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)
Email		Email	
Erreichbarkeit		Erreichbarkeit	

Angaben zum Hausarzt für den Notfall

Name des Hausarztes	Telefonnummer
Adresse des Arztes oder Spital	

Sprach- und Schlafverhalten

Das Sprachverständnis ist:

- Vollständig erhalten
- Weitgehend erhalten
- Eingeschränkt
- auf Gesten beschränkt
- anderes

Das Schlafverhalten ist:

- Schlafe gut und ruhig
- Einschlafschwierigkeiten
- Durchschlafschwierigkeiten
- Tag- und Nachtumkehr
- Benötige ein Schlafmittel

Ihr Kommentar:

Allgemeine Grundpflege

Unter dem Begriff allgemeine Grundpflege versteht man alle pflegerischen Massnahmen, die im Rahmen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilisation und der Ausscheidung notwendig ist.

Hierzu gehören:

- | | | | |
|-----------------------|---|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | Körperpflege, waschen, duschen oder baden | <input type="radio"/> | Wechseln von Urin-Katheter |
| <input type="radio"/> | Fuss- und Nagelpflege | <input type="radio"/> | Wechseln von Stomabeutel |
| <input type="radio"/> | Unterstützung beim Toilettengang | <input type="radio"/> | Kompressionsstrümpfe anziehen |
| <input type="radio"/> | Wechseln von Inkontinenzmaterial | <input type="radio"/> | Bewegungsübungen, Mobilisation |
| <input type="radio"/> | Lagerung im Bett, Dekubituspflege | <input type="radio"/> | Keine Hilfe notwendig |

Ihr Kommentar:

Behandlungspflege

Unter Behandlungspflege versteht man medizinische Massnahmen die nur durch diplomiertes Fachpersonal ausgeführt werden dürfen. Dazu gehören:

Hierzu gehören:

- | | | | |
|-----------------------|---|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | Medikamente bereitstellen, kontrollieren und verabreichen | <input type="radio"/> | Hilfe bei Medizinalbädern, Anwendung von Wickeln |
| <input type="radio"/> | Blutdruck-, Puls-, und Atemkontrolle | <input type="radio"/> | Massnahmen zur Atemtherapie |
| <input type="radio"/> | Blutzuckerbestimmung | <input type="radio"/> | Wundversorgung |
| <input type="radio"/> | Injektionen | <input type="radio"/> | Einführung von Magensonden |
| <input type="radio"/> | Kathetereinlage und Versorgung | <input type="radio"/> | Keine Pflege notwendig |
| <input type="radio"/> | Inhalieren, Atemtherapie | | |

Ihr Kommentar:

Essen und Trinken

Benötigen Sie Unterstützung beim Essen und Trinken?

- Ja
 Nein
 teilweise
 Nein, benötige keine Hilfe

Müssen Sie eine Diät einhalten, wenn ja welche?

- Nein, ich kann alles Essen
 Ja, ich halte Diät (bitte spezifizieren)
welche

Haben Sie eine Lebensmittel-Allergie?

- Nein, mir nicht bekannt
 Ja (bitte angeben)
Auf was

Medikamente

Welche verordneten Medikamente müssen Sie zu sich nehmen? (Name des Medikaments angeben)

am Morgen

am Mittag

am Abend

vor dem schlafen

Benötige keine Medis

Haben Sie eine Allergie gegenüber speziellen Medikamenten?

Nein, mir nicht bekannt

Ja (bitte angeben)

Auf was,
welche

Kontrolle und Beobachtung

Welche Kontrollen wurden durch den Arzt verordnet?

Erstellen einer Flüssigkeits- oder Trinkbilanz

Tägliche Blutzuckermessung

Mehrmalige Quickwertkontrolle

Keine Kontrollen notwendig oder verordnet

Sonstige, Bitte spezifizieren

Ihr Kommentar:

Einschätzung des täglichen und wöchentlichen Pflegebedarfs

Abklärungen des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten/Patientin der notwendigen Massnahmen eventuell zusammen mit dem behandelnden Arzt und der Vertrauensperson. Beratung des Patienten/Patientin bei der Durchführung der Krankenpflege insbesondere mit dem Umgang der Krankheitssymptome, bei der Einnahme der Medikamente oder der Nutzung medizinischer Geräte. Koordination der Massnahmen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisiertes Fachpersonal.

Bitte definieren Sie den Bedarf pro Tag und Woche?

- 1 x wöchentlich
- 2 x wöchentlich
- Die ganze Woche, Anzahl Tage wählen, (5 Tage) oder (7 Tage)
- Von Datum bis Datum
- Ganzer Monat, 5 Tage oder 7 Tage die Woche
- Bitte spezifizieren

Bitte definieren Sie die Anzahl Stunden pro Tag?

- Halbtags am Morgen (4 Std.) von 08:00 bis 12:00
- Halbtags am Nachmittag (4 Std.) von 13:00 bis 17:00
- Den ganzen Tag (8 Std.) von 08:00 bis 17:00
- 24 Stunden x 5 Tage oder 24 Stunden x 7 Tage
- Bitte spezifizieren



**RENT MY
NURSE**
the care you deserve

Date: _____

Unterschrift: _____
Patient

Date: _____

Unterschrift: _____
Bezugsperson