

Familienname:

Vorname: Geburtsdatum:

Telefon inkl. Vorwahl: SVNr. :

E-Mail:

Angaben laut: ☐ Klient:in ☐ Bezugsperson:

Verantwortliche DGKP:

am: Hz:

Allergien: ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche

Diätwunsch: ☐ Nein ☐ Diät / Wunschkost / Intoleranzen

.....

Notfallkontakt: Name:

Bezug: Tel. Nr.:

gesprochene Sprache:

1. Behindertenausweis: ☐ Nein ☐ Ja

2. Diagnosen und Krankheiten:

.....

.....

.....

3. Welche Medikamente nehmen Sie? (bitte ausfüllen oder Medikamentenliste Ihrer Ärzt:in beilegen)

NAME des Medikamentes und Einnahmeschema	0	0	0	0

4. Leiden Sie an epileptischen Anfällen: ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wie oft und wann war der Letzte

5. Infektionskrankheiten: ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche

6. Tetanusimpfung: Wann war Ihre letzte:

7. Schmerzen: ☐ Keine ☐ Chronisch ☐ Akut

Wenn ja, bitte spezifizieren:

8. Beeinträchtigungen: Beschreiben Sie kurz - falls eine solche besteht - Ihre Beeinträchtigung bzw. ob und welche Art von Unterstützung Sie brauchen.

(Bsp.: Ich kann nicht lange stehen und gehen und brauche für längere Strecken einen Rollstuhl)

.....
.....
.....
.....

9. Körpergröße **Gewicht**

SELBSTSTÄNDIGKEITSINDEX NACH JONES

- ☐ 0: vollkommen selbstständig (erledigt die Aktivität zu 100% selbst)
- ☐ 1: großteils selbstständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)
- ☐ 2: geringfügig selbstständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- ☐ 3: großteils unselbstständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- ☐ 4: vollkommen unselbstständig (Aktivität muss zu 100% übernommen werden)

KOMMUNIKATION

1. Probleme bei der Kommunikation

- ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja

- ☐ undeutlich ☐ verwaschen ☐ schwerhörig ☐ taub
☐ Sprachstörung ☐ Wortfindungsstörung ☐ andere Sprache

Sonstiges:

2. Hilfsmittel:

- ☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Sprechhilfe ☐ Sprechtafel

3. Was hilft noch bei der Kommunikation:

BEWEGUNG

1. Aktivität und Fortbewegung

- ☐ Bettlägerigkeit/Bettruhe ☐ Hilfe beim Aufsetzen/Gehen
☐ Rollstuhlmobil ☐ Kann ein paar Schritte gehen (z.B. mit Hilfe ins Badezimmer)
☐ Geht alleine aber wenig ☐ Geht regelmäßig

Sonstiges:

2. Veränderung der Körperposition

- ☐ Vollständig immobil ☐ Stark eingeschränkt ☐ Leicht eingeschränkt
☐ Vollständig mobil

3. Besteht eine Sturzgefahr:

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ Sind Sie in der letzten Zeit (3 Monate) gestürzt:

4. Fortbewegungshilfe

- ☐ Ohne Hilfe ☐ E-Rolli ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Krücken
☐ Wie viel Kilo haben die Fortbewegungshilfen:

5. Wird noch **besondere Unterstützung** benötigt, die noch nicht genannt wurde:

.....

KÖRPERPFLEGE

1. Grad der Selbstständigkeit

- ☐ 0: vollkommen selbstständig (erledigt die Aktivität zu 100% selbst)
☐ 1: großteils selbstständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)
☐ 2: geringfügig selbstständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
☐ 3: großteils unselbstständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
☐ 4: vollkommen unselbstständig

2. Wie können wir Sie noch bei der Körperpflege unterstützen:

.....

HAUT

1. Bestehen chronische Wunden?

Wenn ja, bitte übermitteln Sie uns eine Woche vor der Reise eine aktuelle Wunddokumentation inkl. Foto! Außerdem soll Verbandsmaterial selbstständig mitgenommen werden.

☐ Nein ☐ Ja Welche Art:

Lokalisation:

Verbandsmaterial:

2. Ist eine Dekubitusprophylaxe notwendig ☐ Nein ☐ Ja

ESSEN und TRINKEN

1. Nahrungs-und Flüssigkeitsaufnahme

- ☐ 0: vollkommen selbstständig (erledigt die Aktivität zu 100% selbst)
- ☐ 1: großteils selbstständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)
- ☐ 2: geringfügig selbstständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- ☐ 3: großteils unselbstständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- ☐ 4: vollkommen unselbstständig

2. Bestehen Schluckstörungen

- ☐ Nein ☐ Ja Zusatz:

3. Erforderliche Hilfsmittel

- ☐ Keine ☐ PEG Sonde ☐ Schnabelbecher ☐ Strohhalm ☐ Sondenkost
- ☐ Eindickungsmittel, wenn ja welche Konsistenz:
- ☐ Sonstiges

4. Müssen wir noch auf etwas besonderes achten?

.....

AUSSCHIEDUNG

1. Harn

- ☐ 0: vollkommen selbstständig (erledigt die Aktivität zu 100% selbst)
- ☐ 1: großteils selbstständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)
- ☐ 2: geringfügig selbstständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- ☐ 3: großteils unselbstständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- ☐ 4: vollkommen unselbstständig

2. Stuhlmanagement

- ☐ 0: vollkommen selbstständig (erledigt die Aktivität zu 100% selbst)
- ☐ 1: großteils selbstständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)
- ☐ 2: geringfügig selbstständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- ☐ 3: großteils unselbstständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- ☐ 4: vollkommen unselbstständig

3. Werden Inkontinenzmaterialien benötigt?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche:

☐ Dauerkatheter Ch: letzter Wechsel:

☐ Suprapubischer Katheter letzter Wechsel:

☐ Schutzhose ☐ Inkontinenzeinlagen ☐ Kondomurinal

☐ Harnflasche ☐ Leibschüssel ☐ Einmalkatheter

☐ Urostoma Stomapflege durch:

☐ Kolosoma Stomapflege durch:

☐ Sonstiges:

5. Gibt es noch Besonderheiten, auf die wir achten sollten?

.....

ATMUNG

1. Ist eine Atemunterstützung notwendig

☐ keine ☐ Langzeitsauerstoffgabe ☐ CPAP Maske

☐ Sonstige:

SCHLAFEN

1. Probleme beim Schlafen

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, was hilft

2. Was benötigen Sie noch in der Nacht

☐ Dekubitusprophylaxe Wenn ja, wie oft

☐ Unterstützung bei der Ausscheidung

☐ Sonstiges

SONSTIGES

1. Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme

☐ selbstständig ☐ Kontrolle ☐ Verabreichung