

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?

.....

AUSSCHEIDUNG

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 Leibschnüsel Einmalkatheter
- Urostoma Stomapflege durch:
- Kolostoma 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