

Pflegeinformationsblatt

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Soziales Kompetenzzentrum Rum
gemeinnützige BetriebsGmbH
Innstraße 19, 6063 Rum
E-m@il: kompetenzzentrum@rum.at
<https://www.rum.gv.at/Kompetenzzentrum>
Tel.: 0512/264090
Fax: 0512/264090-460

„MITEINANDER gut betreut“

I. PERSÖNLICHE DATEN DES BEWOHNER:

Vor- und Zuname:		
Geburtsdatum:		Versicherungsnummer:
Pflegestufe:	seit:	wenn keine - beantragt <input type="checkbox"/> ja wann:
Wohnadresse:		
Telefon:		
Hausarzt:		
Bezugs-, Kontaktperson:		
Wohnadresse:		
Telefon:		

II. PFLEGEBERICHT:

1. Mobilität

<input type="checkbox"/> selbständig gehfähig
<input type="checkbox"/> selbständig gehfähig bzw. mobil mit Hilfsmittel (Krücke, Rollstuhl etc.)
<input type="checkbox"/> gehfähig bzw. mobil mit Unterstützung Dritter
<input type="checkbox"/> weitgehende Bettlägerigkeit (Bettrand, Lehnssessel)
<input type="checkbox"/> vollständige Bettlägerigkeit und / oder hoher Mobilisationsaufwand

2. Essen und Trinken

- Essen und Trinken selbstständig
- Nahrung muss vorgeschnitten werden, aber Bewohner ißt selbst
- Nahrung muss vorgeschnitten werden und Bewohner muss zum Essen und Trinken angehalten werden
- Essen und / oder Trinken muss teilweise verabreicht werden
- Essen und / oder Trinken muss vollständig verabreicht werden oder Ernährungssonde oder unter Anleitung

Gewünschte Kostform:

- Normalkost
- Diabeteskost
- weiche Kost
- Sondennahrung
- Sonstiges

3. Ausscheidung

- selbständig
- muss zur Toilette geführt werden
- ist nicht mehr in der Lage die Harnausscheidung selbst zu kontrollieren, wechseln der Inkontinenzeinlage ist nötig
- ist nicht mehr in der Lage die Harn- und Stuhlausscheidung selbst zu kontrollieren, wechseln der Inkontinenzeinlage ist nötig
- Katheter

4. notwendige Hilfestellungen

- An - und Auskleiden
- tägliche Körperpflege
- kontinuierliche Beobachtung nötig
- Medikamente (Einnahme überwachen etc.)
- Lagerung

Unterschrift Pflegeperson:

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

III. DIAGNOSE

Unter besonderer Berücksichtigung der für die Pflegebedürftigkeit relevanten Gesundheitsstörungen:

IV. VORAUSSICHTLICHE ENTWICKLUNG

<input type="checkbox"/> derzeit nicht als Dauerzustand aufzufassen
<input type="checkbox"/> wahrscheinlich langfristig gleichbleibend (über 1 Jahr)
<input type="checkbox"/> wahrscheinlich langfristig gleichbleibend mit voraussichtlicher Verschlechterungstendenz

V. SCHMERZTHERAPIE

<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche:

VI. PFLEGEbefund

<input type="checkbox"/> Der Heimwerber ist nicht pflegebedürftig
<input type="checkbox"/> Der Heimwerber ist teilweise pflegebedürftig
<input type="checkbox"/> Der Heimwerber ist voll pflegebedürftig

VII. INFUSIONSTHERAPIE

<input type="checkbox"/> notwendig im Pflegeheim	<input type="checkbox"/> nicht notwendig im Pflegeheim
--	--

_____, am _____

**Name des Arztes:
(bitte in Blockbuchstaben)**

Unterschrift und Stempel:



Erstellt:
Geprüft:
aktualisiert von: M. Norz

Freigegeben
Version 1.1 vom

