

Fragebogen zur Aufnahme von Menschen mit Demenz im Wohn- und Pflegeheim Kessler-Handorn

Um Sie zum Umzug Ihres Angehörigen gut beraten zu können, möchten wir uns vorab zu seiner Person informieren.
Ggf. werden wir dies zusätzlich mit einem Besuch vorab bei Ihnen zu Hause ergänzen.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Mobilität:

Kann er / sie allein laufen? Mit Rollator ohne fremde Hilfe
Mit Rollator und fremder Hilfe Nur mit Rollstuhl mobil

Orientierung:

⇒ Findet er / sie sich in Haus / Wohnung zurecht? Ja Nein

Inwieweit? ⇒ Findet sein / ihr Zimmer Ja Nein

⇒ Findet die Toilette Ja Nein

⇒ Findet sich außerhalb der Wohnung zurecht? Ja Nein

wenn ja: ⇒ überhaupt Ja Nein

⇒ Garten Ja Nein

⇒ nähere Umgebung Ja Nein

⇒ Kennt die Essenszeiten, d.h. weiss, wann die nächste Mahlzeit ansteht Ja Nein

⇒ schläft nachts durch Ja Nein

wenn nicht: wie oft wird er / sie wach? _____
steht er / sie dann auf? _____

⇒ Erkennt er / sie Angehörige? Ja Nein

⇒ Er / sie weiss, ob Tag oder Nacht, draussen hell oder dunkel ist Ja Nein

Kontaktverhalten:

⇒ eher zurückgezogen Ja Nein

⇒ braucht manchmal oft durchgehend eine Ansprechperson

⇒ sucht soziale Kontakte Ja Nein

Räumen, d. h. sammelt, verlegt, sortiert Dinge

Wie ist die Selbsteinschätzung? (bzgl. Alter, Gesundheit, Fähigkeiten)

Sonstiger Hilfebedarf:

⇒ Essen:	Kann allein essen	<input type="checkbox"/>	Braucht Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>		
	Essen wird angereicht	<input type="checkbox"/>				
⇒ Be- / Entkleiden:	allein	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe	<input type="checkbox"/>		
	komplette Übernahme durch Pflegeperson			<input type="checkbox"/>		
⇒ Waschen:	allein	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe	<input type="checkbox"/>		
	komplette Übernahme durch Pflegeperson			<input type="checkbox"/>		
⇒ Toilette:	⇒ Harnkontinenz	<input type="checkbox"/>	WC-Besuch ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/>		
			WC-Besuch mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>		
	⇒ Stuhkontinenz	<input type="checkbox"/>	WC-Besuch ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/>		
			WC-Besuch mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>		
	⇒ Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	} ⇒ Toleriert Inkontinenzeinlagen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
				⇒ Ist für Pflege zugänglich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	⇒ Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>		⇒ Abwehrverhalten:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			<u>wenn ja:</u>	wie sieht es aus:		

Herausforderndes Verhalten

<u>Tagsüber:</u>	Weglauftendenzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Klopfen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Rufen, Schreien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wandern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Kratzen, beißen, spucken, treten, verbal ausfallend?
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Wenn ja: Wann? _____

Grund erkennbar / denkbar? _____

<u>Nachts:</u>	Weglauftendenzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Klopfen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Rufen, Schreien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wandern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Kratzen, beißen, spucken, treten, verbal ausfallend?
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Wenn ja: Wann? _____

Grund erkennbar / denkbar? _____