

# Altenzentrum St. Antonius

Rahmer Str. 47  
44369 Dortmund  
Tel. 0231 / 31501-0  
Fax 0231 / 31501-119  
antonius@caritas-dortmund.de



**Caritas-Altenhilfe  
Dortmund GmbH**

## Pflegerrelevanter Fragebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Angaben zur Größe:                      cm                      Angaben zum Gewicht:                      kg

### Ermittlung des Hilfebedarfes im Rahmen der:

|                                     | nicht<br>erforderlich    | nur gelegentlich<br>notwendig | mindestens<br>1x täglich | mindestens<br>3 x täglich | ständig                  |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <b>A) Körperpflege</b>              |                          |                               |                          |                           |                          |
| ---                                 |                          |                               |                          |                           |                          |
| ---                                 |                          |                               |                          |                           |                          |
| -Waschen                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| -Duschen/Baden                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| -Zahn-/Prothesenpflege              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| -Kämmen/Rasieren                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| -Blasenentleerung/<br>Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| -Darmentleerung/<br>Anuspraeter     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| -Inkontinenzprodukte                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

# Altenzentrum St. Antonius

Rahmer Str. 47  
44369 Dortmund  
Tel. 0231 / 31501-0  
Fax 0231 / 31501-119  
antonius@caritas-dortmund.de



**Caritas-Altenhilfe  
Dortmund GmbH**

Nicht erforderlich      nur gelegentlich notwendig      mindestens 1x täglich      mindestens 3 x täglich      ständig

## B) Ernährung

---

--

|                           |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -Mundgerechte Zubereitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Nahrungsaufnahme         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Flüssigkeitsaufnahme     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -PEG/Magensonde           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Parenterale              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

nicht erforderlich      nur gelegentlich notwendig      mindestens 1x täglich      mindestens 3 x täglich      ständig

## C) Mobilität

---

-

|                              |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -Aufstehen/<br>Zu-Bett-Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -An-/Auskleiden              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Stehen                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Gehen                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Rollstuhlbenutzer           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Gehhilfen                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

## Altenzentrum St. Antonius

Rahmer Str. 47  
44369 Dortmund  
Tel. 0231 / 31501-0  
Fax 0231 / 31501-119  
antonius@caritas-dortmund.de



Caritas-Altenhilfe  
Dortmund GmbH

### D) Funktionelle Einschränkungen

- |                  |                             |                               |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| -Sehstörungen    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| -Hörstörungen    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| -Sprachstörungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| -Lähmungen       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

Zeitweise      tagsüber      nachts      ständig

### E) Orientierung

- |                               |                             |                               |                          |                          |                          |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -zur Zeit                     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -zum Ort                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -zur Person                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Unruhe                       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Weglauff Tendenz             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Selbst-/Fremd-<br>gefährdung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

---

Datum

---

Unterschrift der Pflegeperson