

Qualitätssicherung Q 02	Aufnahmebogen	Pflegebund GmbH & Co KG
-----------------------------------	----------------------	-------------------------

Aufnahme

Durch: _____
Aufnahmedatum: _____

Patient/-in

Vor-/ Name: _____	Krankenkasse: _____
Adresse: _____	Versicherungsnr.: _____
_____	Nationalität: _____
Telefon/ Handy/ Fax: _____	Pflegegrad: _____
Geburtsdatum: _____	Antrag Pflegegrad _____

Ärzte

Hausarzt (Arzt 1)

Facharzt (Arzt 2)

Vor-/ Name: _____	Vor-/ Name: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
_____	_____
Telefon/ Handy/ Fax: _____	Telefon/ Handy/ Fax: _____

Angehörige/ Betreuer/ Bezugspersonen

①

②

Vor-/ Name: _____	Vor-/ Name: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
_____	_____
Telefon/ Handy/ Fax: _____	Telefon/ Handy/ Fax: _____

Bei Aufnahme anwesend:

☐ ja ☐ nein

Bei Aufnahme anwesend:

☐ ja ☐ nein

Dienstleister (Fußpflege, Friseur, Apotheke, KG etc.)/ Ehrenamtliche Hilfen (Besuchsdienst etc.)

①

②

Vor-/ Name: _____	Vor-/ Name: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
_____	_____
Telefon/ Handy/ Fax: _____	Telefon/ Handy/ Fax: _____

Diagnosen bei der Aufnahme

Medikation bei der Aufnahme

Allergien, Anfallsleiden, Schrittmacher etc.

Ggf. immer Rückseite verwenden!

Qualitätssicherung Q 02	Aufnahmebogen	Pflegebund GmbH & CO KG
--	----------------------	------------------------------------

Pflegestatus bei Aufnahme

Kommunikation: _____

(sehen, hören, sprechen/ Kommunikationsstil/ Hilfsmittel etc.)

Orientierung: _____

(zeitlich, örtlich, persönlich, situativ/ Wahrnehmung/ Hilfsmittel etc.)

Sich bewegen: _____

(selbst., eingeschränkt/ gehen, stehen, sitzen, liegen/ Hilfsmittel/ Schmerzen, Kontrakturen, Plegie, Parese/ Lokalisation etc.)

Atemung: _____

(Dyspnoe, Sauerstoff/ A/min./ Hilfsmittel etc.)

Herz-Kreislauf: _____

(Hypertonus, Hypotonus/ Schwindel/ RR, Puls/ Hilfsmittel etc.)

Vital Funktionen: _____

(Temperaturempfinden, Temp./°C, Gewicht/kg, Körpergröße/cm, Blutzucker/ Hilfsmittel etc.)

Hautzustand: _____

(wund, infektiös, schuppig, trocken, feucht, intakt/ Hautschäden - Dekubitus/ Lokalisation etc.)

Bei größeren Defekten immer "Wunderfassung" bzw. "Wunddokumentation" verwenden!

Sich pflegen: _____

(selbst., eingeschränkt/ duschen, baden/ Körperwäsche/ Haut-, Mund-, Haar-, Nagel-, Augen-, Nasen-, Ohrenpflege/ rasieren/ Hilfsmittel etc.)

Ernährungszustand: _____

(normal, kachektisch, adipös, exikiert/ Trinkmenge etc.)

Kostform: _____

(normal/ Vollwert, Vegetarische-, Sonden-, Diabeteskost etc.)

Essen und Trinken: _____

(selbst., eingeschränkt, .../ essen, trinken, schlucken, kauen/ Essenzubereitung, Menü-Dienst/ Vorlieben, Abneigungen/ Hilfsmittel etc.)

Ausscheiden: _____

(selbst., teilw.eingeschränkt, eingeschränkt/ Inkontinenz/ Katheter, Stoma, .../ Hilfsmittel etc.)

Sich kleiden: _____

(selbst., teilw.eingeschränkt, eingeschränkt/ An-, Auskleiden/ Kleiderwahl/ Textil-, Waschmittelallergie/ Hilfsmittel etc.)

Erstellt durch: (QMB)	Erstellungsdatum: 07/2012	Kontrolle auf/nach Aktualität
Freigegeben durch: (PDL)	Version: 5.0	



Qualitätssicherung Q 02	Aufnahmebogen	Pflegebund GmbH & CO KG
--	----------------------	------------------------------------

Ruhen und Schlafen: _____

(ein-, durchschlafen/ Schlafbedürfnis/ Tag-, Nachtrhythmus/ Schlafmedikation/ Hilfsmittel etc.)

Sich beschäftigen: _____

(Hobby ausüben, Mediennutzung, Tagesplanung/ Therapien/ Hilfsmittel etc.)

Sich m/ w fühlen: _____

(Geschlechtsidentität, Sexualität, Intimsphäre etc.)

Sichere Umgebung: _____

(Verletzungs-, Sturz-, Infektionsgefahr/ Selbst-, Fremdgefährdung etc.)

Soziale Bereiche: _____

(Beziehung zur Umwelt/ Kontaktpflege, -personen/ Verwandten, Nachbarn, andere Pers., Einrichtungen etc.)

Erfahrungen: _____

(Verlusterfahrungen/ Sorgen/ Leiden/ Ängste etc.)

Haushalt

(Versorgung gesichert/ durch wen/ Probleme/ Hilfestellung etc.)

Häusliche Umgebung

Bedarfsgerecht: ☐ ja ☐ nein

Änderungen: _____

Veranlasst durch: _____

Finanzierbarkeit: _____
(Pflegeversicherung/ B-VG/ Sozialamt/ ggf. Privatzahler etc.)

Schlüssel: _____

(welche, wieviele/ Sonstiges)

"Schlüsselprotokoll" verwenden!

Wohnung: _____

(Etage, Tür/ Station etc.)

- ☐ Patient/-in lebt alleine
- ☐ Behandlung mehrer Pat. im Haushalt
- ☐ betreutes Wohnen

Finanzielle Angelegenheiten

Selbstständig: ☐ ja ☐ nein

Rezeptgebühr: ☐ ja ☐ nein

Geld wird verwaltet von: _____

Befreiungen: _____

Erstellt durch: (OMB)	Erstellungsdatum: 07/2012	Kontrolle auf/nach A	Qualität
Freigegeben durch: (PDL)	Version: 5.0		

Qualitätssicherung Q 02	Aufnahmebogen	Pflegebund GmbH & CO KG
-----------------------------------	----------------------	-------------------------

Biographie des Patienten

Sozialisation:

Wer waren die Eltern? _____
 Welchen Beruf hatten die Eltern? _____
 Wie viele Geschwister gibt es? _____
 Wievieltes Kind war der/die Patient/-in? _____
 Wie waren die Lebensumstände, die räumliche Situation? _____
 Welche Schulbildung hat der/die Patient/-in? _____
 Welche Schulbildung hatten die Geschwister? _____
 Welchen Beruf hat der/die Patient/-in erlernt? _____
 Welche Berufe haben die Geschwister erlernt? _____
 Wie war die familiäre Situation, die finanzielle Situation? _____
 Sonstiges: _____

Lebensereignisse:

Eheschließung/ Scheidung/ verwitwet? _____
 Kinder/ Enkel? _____
 Schicksalsschläge? _____
 Sonstiges: _____

Tagesablauf/ Tagesgestaltung:

Wie sieht der Tagesablauf aus? _____
 Wie sieht die Tagesgestaltung aus? _____
 Welche Ruhephasen hat der/die Patient/-in? _____
 Wann geht der/die Patient/-in zu Bett? _____
 Sonstiges: _____

Persönliche Gewohnheiten:

Welche Ernährungs-/ Kleidungsünsche hat der/die Patient/-in? _____
 Welche Vorlieben/ Abneigungen hat der/die Patient/-in? (Gewohnheiten) _____
 Welche Einstellungen hat der/die Patient/-in? (konservativ, liberal, materiell) _____
 Welcher Konfession gehört der/die Patient/-in an? Ist er/sie gläubig? Lebt er/sie nach seinem/ihrer Glauben? _____
 Welche Hobbys hat der/die Patient/-in? _____
 Sonstiges: _____

Erstellt durch: (QMB)	Erstellungsdatum: 07/2012	Kontrolle auf/nach Aktualität
Freigegeben durch: (PDL)	Version: 5.0	



Qualitätssicherung Q 02	Aufnahmebogen	PFlegebund GmbH & CO KG
--	----------------------	------------------------------------

Entwicklung der Krankheitsgeschichte:

Welche Krankheiten haben sich im Laufe der Jahre entwickelt?

Wie sieht die aktuelle Krankheitssituation aus? Welche Diagnosen gibt es? (ggf. auf das Stammbblatt hinweisen ...)

Wie wirkt/-en sich die Krankheit/ die Krankheiten auf die Lebensqualität aus?

Sonstiges:

Frühere/ jetzige Wohnsituation:

Wo/wie hat der/die Patient/-in früher gelebt?

Wo lebt der/die Patient/-in momentan? (Ort, Stadt, Dorf)

Wie lebt der/die Patient/-in momentan? (Wohnung, Haus alleine usw.)

Wo leben Familienangehörige?

Hat der/die Patient/-in Tiere?

Sonstiges:

Beruflicher Werdegang:

Wurde der erlernte Beruf ein Leben lang ausgeübt?

Wie war die berufliche Entwicklung?

Was war die letzte Tätigkeit?

Sonstiges:

Verfügungen des Patienten

Patientenverfügung: ☐ ja ☐ nein

Weitere Verfügungen:

Testament des Patienten

Hinterlegt: ☐ ja ☐ nein

Ort:

Verfahren in Notfallsituation

Notrufgerät: ☐ ja ☐ nein

Klinikwunsch etc.:

Bestattungswunsch

Wo hinterlegt:

Art der Bestattung: ☐ Erd- ☐ Feuer- ☐ Anonym ☐ Sonst. Bestattung:

Bestattungsinstitut:

Zuständige Kirchengemeinde/ Rel. Gemeinschaft

Name:

Straße:

PLZ/ Ort:

Tel.:

Seelsorge erwünscht:

☐ ja ☐ nein

Erstellt durch: (QMB)	Erstellungsdatum: 07/2012	Kontrolle auf/ nach Aktualität
Freigegeben durch: (PDL)	Version: 5.0	

Qualitätssicherung Q 02	Aufnahmebogen	Pflegebund GmbH & CO KG
-----------------------------------	----------------------	-------------------------

Patienten Wünsche

Betreuungsbeginn: _____ Betreuungsdauer: _____

Betreuungsumfang: 1) Pflegeversicherung

Leistungen 1. Einsatz: _____

Leistungen 2. Einsatz: _____

Leistungen 3. Einsatz: _____

Leistungen 4. Einsatz: _____

Leistungen 5. Einsatz: _____

Leistungen 6. Einsatz: _____

2) Verordnung

Leistungen: _____

3) Haushalt

Leistungen: _____

Betreuungsuhrzeiten:

1. Einsatz: _____

2. Einsatz: _____

3. Einsatz: _____

4. Einsatz: _____

5. Einsatz: _____

6. Einsatz: _____

Pflegepersonal: _____

(männlich/ weiblich etc.)

Vorlage

Pflegedienstleitung: _____
(Datum, Unterschrift)

Einsatzleitung: _____
(Datum, Unterschrift)

Geschäftsleitung: _____
(Datum, Unterschrift)

Erstellt durch: (OMB)	Erstellungsdatum: 07/2012	Kontrolle auf/nach Aktualität
Freigegeben durch: (PDL)	Version: 5.0	



XQS91kq5T