Alten- und Pflegeheim
der Alice Schwesternschaft Mainz vom DRK e.V.
Carlo- Mierendorff-Str. 1 e
55124 Mainz
Tel: 06131/94751-604
Fax: 06131/94751-903

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen, geforderte Unterlagen bitte anfügen

1.Unterstützung notwendig beim:	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen/ stehen				
Treppensteigen				
Essen / Trinken				
Waschen				
Ankleiden				
Frisieren				
Rasieren				
Aufstehen aus dem Bett				
Hinlegen ins Bett				
Benutzen der Toilette				
2. Orientierung:				
zeitlich orientiert				
örtlich orientiert				
persönlich orientiert				
situativ orientiert				
weglaufgefährdet				
herausforderndes Verhalten				
3. Nächtliche Unruhezustände:				
Medikamentöse Behandlung				
4. Kontinenz:				
Harninkontinenz				
Stuhlinkontinenz				

5. Unterbringungsähnliche Maßnahmen erforderlich?				
Bettgitter				
Fixiergurt				
Unterbringung im beschützten Bereich				

6. Wie ist die Gemütsstimmung, seelische Verfassung?

……

7. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche Art?)

……

8. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welche Art?)

……

9. Liegen psychische Störungen vor (Wenn ja, welche Art?)

……

10. Liegen ansteckende Erkrankungen vor?

……

11. Ist eine Diät, Schonkost erforderlich? (Wenn ja, welche Art?)

……

12. Ist eine Schluckstörung vorhanden?

❒ Nein
❒ Ja
❒ PEG oder sonstige Ernährungssonde

13. Ist ein Tracheostoma vorhanden?

❒ Nein
❒ Ja

14. Ist eine Sauerstofftherapie notwendig? (wenn ja, wie viel Liter pro Stunde?)

……

15. Sind offene Wunden vorhanden (Wenn ja, welche, wie werden diese versorgt?)

……

……

16. Sind neben der Medikamentengabe noch weitere Behandlungspflegen notwendig? (Wenn ja, welche?)

……

……

17. Hinweise und Bemerkungen:

……

……

Bitte fügen Sie dem ausgefüllten Bogen einen aktuellen Ausdruck ihres Patientenausweises vom zuständigen Hausarzt bei, der alle medizinischen Diagnosen enthält. Bitte fügen Sie außerdem einen aktuellen Medikationsplan, sowie eine Bescheinigung ihres Hausarztes bei, dass keine ansteckenden Erkrankungen vorliegen.

Datum: ……

Unterschrift (Interessent/in oder bevollmächtigte Person): ……