	Senioren-Tagesbetreuung GEMEINDEVERBAND „ Haus der Senioren Radstadt „	Besuchswunsch: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Montag und Donnerstag
---	--	---

ANMELDEBOGEN

1. Angaben zur Person

Vor- und Zuname	Geburtsname	Geburtsdatum / Ort
Adresse (Wohnsitz)	Familienstand	Religion
	Versicherung / Pensionkasse	Vers. Nr.

2. Vertrauensperson / SachwalterIn/Ansprechpartner

(Für wichtige und vertrauliche Angelegenheiten. Änderung der Person nur schriftlich)

Vor- und Zuname	Adresse	Tel.Nr.	Verw. Grad Sachwalter

4. Soziale Dienste *(Ich nutze/beziehe zur Zeit ...)*

Pflegegeld - Stufe	<input type="checkbox"/> Krankenhaus allg.	<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/> Mittagstisch
	<input type="checkbox"/> LNK	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern
	<input type="checkbox"/> Geriatrie	<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> anderes Heim

6. Pflege durch Angehörige

Ich werde gepflegt von:	Seit
-------------------------	------

7. Wohnverhältnisse *(Ich wohne zur Zeit ...)*

<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> mit Partner	<input type="checkbox"/> im Erdgeschoß	<input type="checkbox"/> im Obergeschoß
<input type="checkbox"/> in der Nähe der Kinder		<input type="checkbox"/> Wohnung ist stufenlos erreichbar	

8. Kostentragung

Ich beantrage den Zuschuss der zuständigen Gemeinde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Zur Berechnung der Eigenleistung lege ich den letzten Pensionsbescheid in Kopie bei.	Bescheid übernommen und archiviert:
---	-------------------------------------

9. Inkontinenz / Stuhlregulierung

Inkontinenzform	Inkontinenzhilfen	Benützt
<input type="radio"/> Harninkontinenz <input type="radio"/> Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> Windel <input type="radio"/> Einlagen <input type="radio"/> Dauerkatheter	<input type="radio"/> Toilette <input type="radio"/> Leibstuhl <input type="radio"/> Schüssel <input type="radio"/> Harnflasche <p style="color: red; text-align: center;">Bitte daran denken : Pflegeartikel/Inkoprodukte sind selber mitzubringen!!!</p>

10. Hautzustand / Körpergewicht

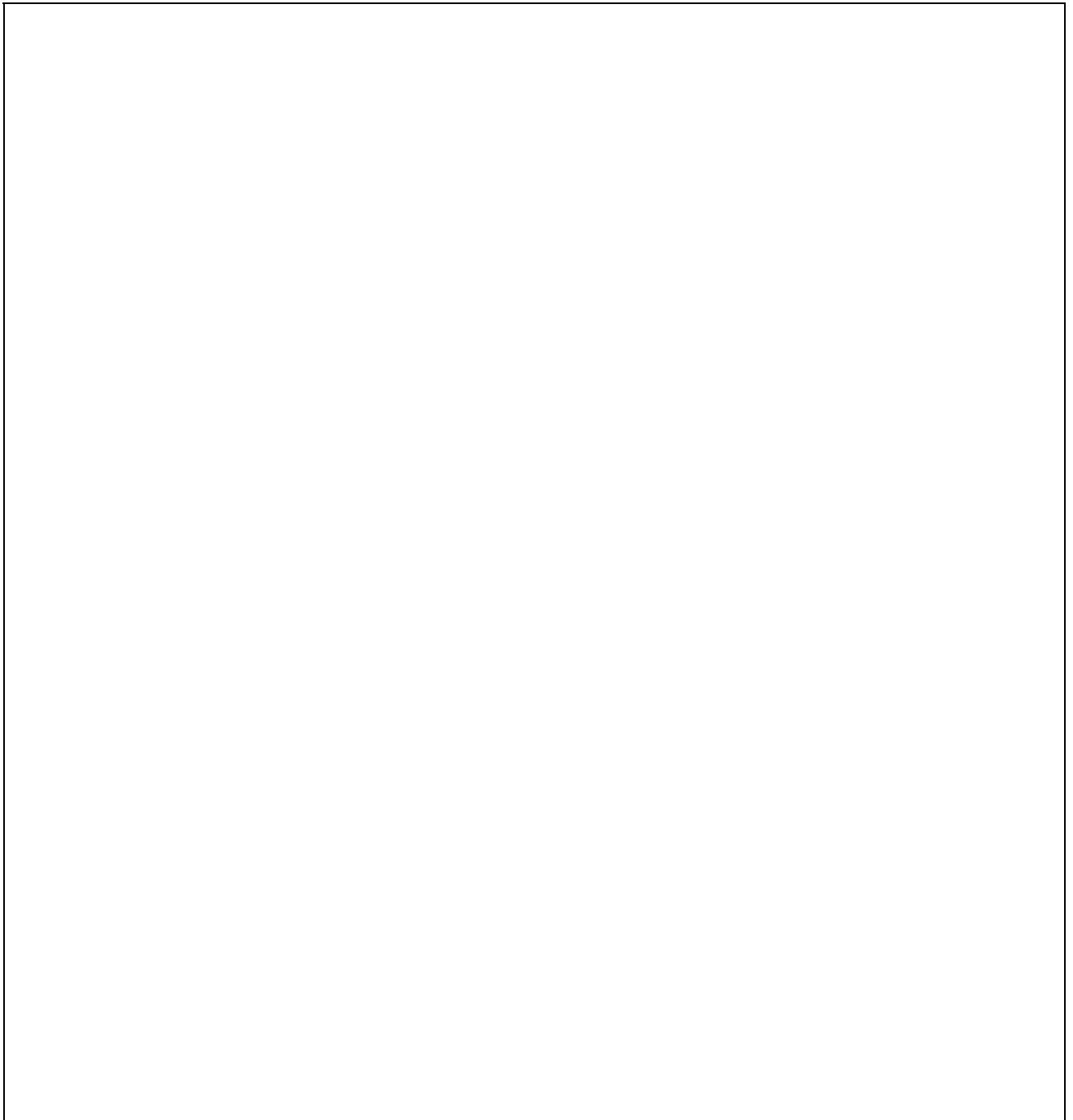
<input type="radio"/> Dekubitus Wunden	Beschreibung (Größe ? Wo ? ...)	Körpergewicht
<input type="radio"/> Verbandwechsel <input type="radio"/> Stützstrümpfe <input type="radio"/> Beine bandagieren		

11. Wer bringt den Gast vorwiegend und übergibt den Gast an die Pflegepersonen

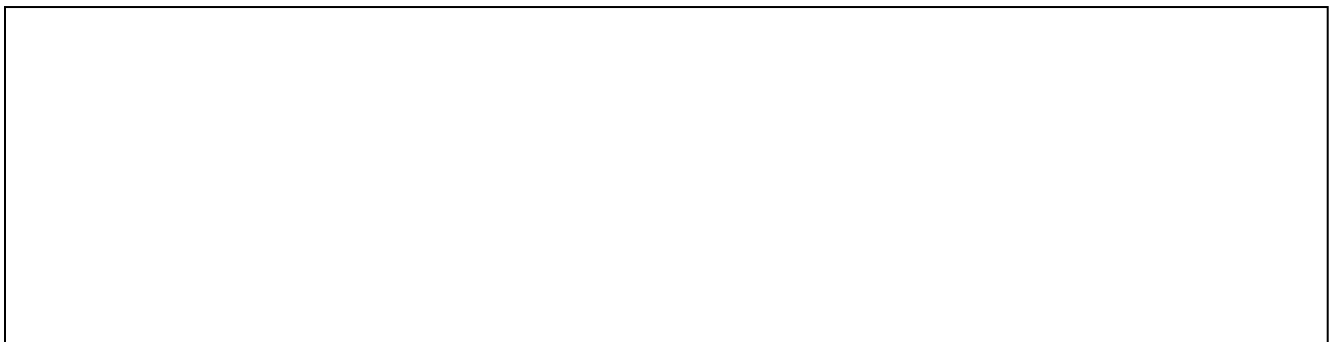
12. Vertrauensarzt / Hausarzt

Vor,-und Zuname	Ordination in	Telefonnummer
<ul style="list-style-type: none"> • Ord. Dr. Walter • Ord. Dr. Aufmesser • 	<ul style="list-style-type: none"> • Stadtplatz 8, 5550 Radstadt • Judenbühel 3, 5550 Radstadt • 	<ul style="list-style-type: none"> • 4280 • 4298 /7501 •

13. Kurzbiographie des Gastes



13a. Aktueller Tagesrhythmus zu Hause:



14. Diagnosen (lt. Arztbrief –wenn bekannt)/ Operationen/ Krankheiten/ Allergien

--	--

15. Wichtiger Hinweis

*Es muss eine vom Hausarzt unterzeichnete und abgestempelte Medikamentenliste zur Aufbewahrung und autorisierten Verwendung bei Bedarf an das Pflegepersonal abgegeben werden.
Liste vorhanden und archiviert:*

16. Aufklärung

Aufklärendes Gespräch mit einer PP über die (von uns nicht angewandten) Freiheitseinschränkende Maßnahmen wie z.B. das Fixieren an Stühlen, das Absperren von Rollstühlen, Verwendung von Bettgitter, Fixationen jeglicher Art

Gespräch findet statt: (Datum und Unterschrift)

17. Welche Hilfsmittel bringt der Gast selber mit

--

Name:

Pflegebedarf:

Zutreffende Zeile bitte ankreuzen

X

1	MOBILITÄT		
	1 Selbständig		
	2 Selbständig gefähig bzw. mobil mit Hilfsmittel		
	3 Gefähig mit teilweiser Unterstützung einer Person		
	4 Gefähig bzw. mobil nur mit Unterstützung einer Person und event. einem Hilfsmittel		
	5 Gefähig mit Hilfe zweier Personen		
	6 Weitgehend Bettlägrigkeit		
	7 Vollständig Bettlägrigkeit		
2	ESSEN UND TRINKEN		
	1 Essen und trinken selbständig		
	2 Nahrung muss vorgerichtet werden, ißt und trinkt selbständig		
	3 Vorrichten und/oder teilweises Beobachten während der Nahrungsaufnahme		
	4 Vorrichten von Essen und trinken der Bewohner muß zum essen gebracht werden		
	5 Nahrung und Getränke müssen teilweise eingegeben werden		
	6 Nahrung muß vollständig eingegeben werden.		
	7 Künstliche Ernährung o.Überwachung der Ein.- und Ausfuhr		
3	AUSSCHIEDUNG		
	1 Selbständig		
	2 Muss zeitweise zur Toilette geführt, oder daran erinnert werden		
	3 Muss laufend zur Toilette geführt werden		
	4 Fremdhilfe nötig, Flasche, Schüssel, Leibstuhl, bei Einlagewechseln ist Hilfe erforderlich		
	5 Fallweise Inkontinenz, bis 3 x in der Woche, Einnahme v. Entwässerungsmedikamente		
	6 Harninkontinenz - Inkontinenzpflege		
	7 Stuhl und Harninkontinenz		
4	KÖRPERPFLEGE		
	1 Selbständig		
	2 Selbständig, fallweise anhalten zur Körperpflege		
	3 Wöchentliche Hilfe bei Baden, Duschen, Nagelpflege, fallw. bei Körperpflege mithelfen		
	4 Leichte Mithilfe bei der täglichen Körperpflege		
	5 Braucht tägl. Anregung /Anleitung u. Beaufsichtigung zur Körperpflege		
	6 Intensive Hilfe bei der Körperpflege, außer Gesicht und Hände		
	7 Körperpflege wird völlig übernommen		
5	ANZIEHEN UND AUSKLEIDEN		
	1 Alleine möglich, übernimmt die Versorgung der Wäsche selbst		
	2 Alleine möglich, Versorgung der Schmutzwäsche wird von Pers. übernommen		
	3 Alleine möglich, Hilfe bei der Vor-, und Nachbereitung der Wäsche ist angezeigt		
	4 Anleitung für einzelne Verrichtungen ist noch von Nöten		
	5 Hilfe bis zu max. 3 Verrichtungen		
	6 Hilfe für mehr als 3 Verrichtungen		
	7 Nur mit Hilfe möglich		

6	LAGERUNG		
	1 Nicht notwendig		
	2 Verwendung von max. 2 Hilfsmitteln, Lagerung beim zu Bett gehen		
	3 Lagerung im Bett zu Mahlzeiten, ruhen und schlafen		
	4 Lagerungsintervalle		
7	SPEZIELLE PFLEGE (Pflegerisch-med.-terap. Maßnahmen)		
	1 Es ist keine spezielle Pflege notwendig (Behandlungspflege durch Arzt oder Pflegepers.)		
	2 Nach Vorbereitung und Anleitung führt der Patient seine Behandlung selbst durch		
	3 Wie Punkt 2 jedoch 3-4 x in der Woche wie Punkt 4		
	4 Tägl. Kontrolle und/oder leichte Beh. angem.(RR,BZ,Hörger. Einreib. Bandagen, ect.)		
	5 Tägl. unterstüt. /übern.Pflege.(Verbandw. Salbenther. Bandagen ...)		
	6 Umfangreiche Pflege (2-3x Verbandw. Umfangreiche Dek.beh.regelm.Klysmen/Einläufe)		
	7 Intensive Pflege (z.B.regelm. absaugen, häufig Verbandwechsel, Seitenausgang)		
8	MEDIKAMENTENEINNAHME		
	1 Selbständig		
	2 Besorgen der Medikamente, sonst selbständig		
	3 Medikamente werden vorbereitet.		
	4 Vorbereiten und austeilen der Medikamente		
	5 Abgabe und Überwachung der Medikamenteneinnahme		
	6 Erschwerte Medikamenteneinnahme		
	7 Zwangsläufig erhöhter Zeitaufwand (Medikamente zerdrücken)		
9	ORIENTIERUNG		
	1 Voll orientiert		
	2 Zeitweise desorientiert, findet sich in gewohnter Umgebung zurecht		
	3 Leichte Orientierungsschwierigkeiten, bedarf die Hilfe anderer Personen		
	4 Desorientiert meist nur nachts		
	5 Schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung		
	6 Dauernd schwer desorientiert - Einzeltherapie		
	7 Schwer desorientiert mit belastenden Auswirkungen auf die Umgebung		
10	KOMMUNIKATION UND SOZIALVERHALTEN		
	1 Gestaltet Alltag selbst, aktives Verhalten, keine Einschränkungen		
	2 Weitgehend Selbständige Tagesgestaltung, kommuniziert nur wenn angesprochen		
	3 Passiv, läßt sich jedoch zu Aktivitäten und Unternehmungen animieren		
	4 Deutliche Herabsetzung von einer od. mehreren Sinnesfunktionen, bzw. Ausfall		
	5 Ausfall mehrere Sinnesfunktionen		
	6 Zurückgezogen, kann und/oder will nicht an den Heimaltag teilnehmen		
	7 Kommunikationsfähigkeit ist eingeschränkt, Auffassungs- und Ausdrucksstörungen		
11	PSYCHISCHE SITUATION		
	1 Ausgeglichen		
	2 Ausgeglichen durch Einnahme von Medikamenten		
	3 Geringfügige Veränderungen - Stimmungsschwankungen		
	4 Einige Zeit anhaltende Veränderung wie Uneinsichtigkeit		
	5 Wiederkehrende Veränderungen Hemmungen/Antrieb, fallw. Mißbrauch b. Suchtkranken		
	6 Auf Grund d. Psych. Erkr. Selbst- oder Fremdgefährdung Beobachtung dringend geboten		
	7 Kontinuierliche Beobachtung und tägliche zeitintensive Betreuung zwingend		