

Pflegebericht (Spitex, Heime und Angehörige)

(bitte Leserlich ausfüllen)

Name / Vorname _____
Strasse Nr. _____
PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____
AHV-Nummer _____

Adresse Hausarzt / zuweisender Arzt

Name / Vorname _____
Strasse Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
Fax _____
email _____

Aufenthaltsorte

Jetziger Aufenthaltsort _____ (bitte Berichte beilegen)
Letzte Aufenthaltsorte _____ (bitte Berichte beilegen)

Definitiver Aufenthalt Ja Nein
Ferienaufenthalt Ja Nein
Weitere Heimanmeldungen Ja Nein
Sofern Ja, wo _____

Momentane Pflege & Betreuung

Betreuung Partner/in Angehörige Bekannte
andere _____
Pflege Partner/in Angehörige Bekannte Spitex
andere _____

Therapien

Zustand / Befinden / körperliche & geistige Verfassung

Waschen und Kleiden

Kopf	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>	unmöglich <input type="checkbox"/>	Anleitung <input type="checkbox"/>
Arme	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>	unmöglich <input type="checkbox"/>	Anleitung <input type="checkbox"/>
Brustkorb	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>	unmöglich <input type="checkbox"/>	Anleitung <input type="checkbox"/>
Rücken	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>	unmöglich <input type="checkbox"/>	Anleitung <input type="checkbox"/>
Intim	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>	unmöglich <input type="checkbox"/>	Anleitung <input type="checkbox"/>

Beine eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich Anleitung

Füsse eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich Anleitung

Bewegen

Im Bett eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich Anleitung
 Hilfsmittel _____

Ans Bett eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich Anleitung
 Hilfsmittel _____

Transfer eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich Anleitung
 Hilfsmittel _____

Sturz Anzahl Stürze im letzten Jahr _____
 Anzahl Stürze in den vergangenen 3 Wochen _____

Essen & Trinken

Essen eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich Anleitung
 Hilfsmittel _____

Trinken eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich Anleitung
 Hilfsmittel _____

Vorlieben _____

Allergien _____

Ausscheiden

Toilettengang eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich Anleitung
 Hilfsmittel _____

Kontinenz Stuhlinkontinent
 Hilfsmittel _____

Urininkontinent
 Hilfsmittel _____

Orientierung

Zeit eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich
 Bemerkung _____

Ort eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich
 Bemerkung _____

Situation eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich
 Bemerkung _____

Person eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich
 Bemerkung _____

Sich beschäftigen & Tages-/ Nachtrhythmus

Hobby _____

Vorlieben _____

Diverses

Gehen eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich
Hilfsmittel _____

Sehen eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich
Hilfsmittel _____

Hören eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich
Hilfsmittel _____

Reden eingeschränkt stark eingeschränkt unmöglich
Hilfsmittel _____

Prothesen

Angehörige / Bezugsperson
Ort, Datum

Unterschrift