

Checkliste Kurzzeitpflege

Bewohnername: _____ Geburtsdatum: _____

Für die Kurzzeitpflege benötigen wir folgende Unterlagen und Materialien:

Für die Verwaltung:

- Formular „Stamm- und Kontaktdaten“ (siehe Anlage)
- Ärztliche Bescheinigung nach §36 (4) IfsG (siehe Anlage)
- Ärztlicher Fragebogen (siehe Anlage)
- Gesundheitskarte der Krankenkasse
- Befreiungsausweis der Krankenkasse (wenn eine Befreiung vorliegt)
- Kopie Geburtsurkunde / Heiratsurkunde
- Kopie Personalausweis / Schwerbehindertenausweis
- Kopie der Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung
- Kostenzusage der Pflegekasse für die Kurzzeit- / Verhinderungspflege
- Kopie des aktuellen Einstufungsbescheids der Pflegekasse
- Beihilfebescheinigung (wenn beihilfeberechtigt)
- Apothekenvereinbarung (wenn gewünscht / siehe Anlage)
- Erklärung „Offene Einrichtung“ (siehe Anlage)

Für die Pflege:

- Pflegerischer Fragebogen (siehe Anlage)
- unterschriebener Medikamentenplan
- Ärztlich bescheinigte Diagnosen
- Aktuelle Medikamente in Originalverpackung
- Ausreichend Inkontinenzmaterialien
- Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Blutzuckermessgerät, Verbandmaterial, ...)
- Sondenkost mit Zubehör (Überleitungssysteme, Ernährungspumpe, etc.)
- Körperpflegeartikel
- ausreichend Kleidung
- Wäschesack

Stamm- und Kontaktdaten zur Aufnahme in Langzeitpflege / Kurzzeitpflege

Angaben zum Bewohner / Gast:

Anrede: _____ Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Konfession: _____

Nationalität: _____ Familienstand: _____

Pflegegrad: _____ Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____ Zuzahlungsbefreiung: Ja Nein

Hausarzt: _____ Facharzt 1: _____

Facharzt 2: _____ Facharzt 3: _____

Apotheke: _____ Fußpflege / Podologie: _____

Friseur: _____

Weitere Anmerkungen: _____

Angaben zur 1. Kontaktperson:

Anrede: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Titel: _____

Vorname: _____

Hausnummer: _____

Ort: _____

Mobil: _____

Beziehung / Funktion: _____

Angaben zur 2. Kontaktperson:

Anrede: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Titel: _____

Vorname: _____

Hausnummer: _____

Ort: _____

Mobil: _____

Beziehung / Funktion: _____

Angaben zum Rechnungsempfänger:

Daten Bewohner / Gast

Kontaktperson 2

Anrede: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Telefon: _____

Kontaktperson 1

Abweichende Daten:

Titel: _____

Vorname: _____

Hausnummer: _____

Ort: _____

Mobil: _____

**Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme im Altenheim
nach § 36, (4), Infektionsschutzgesetz**

Bewohnername: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Ist der Patient frei von ansteckenden Erkrankungen?

ja

nein

Liegt eine ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane vor?

ja

nein

„4) Personen, die in eine **Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 2 bis 4** aufgenommen werden sollen, haben der Leitung der Einrichtung **vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen**, dass bei ihnen **keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind**. Bei der erstmaligen Aufnahme darf die Erhebung der Befunde, die dem ärztlichen Zeugnis zugrunde liegt, **nicht länger als sechs Monate** zurückliegen, bei einer erneuten Aufnahme darf sie nicht länger als zwölf Monate zurückliegen.“

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ärztlicher Fragebogen

Bewohnername: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr: _____

- 1.) Ist der Patient gehfähig? Ja Nein
2.) Ist der Patient auf Rollstuhl angewiesen? Ja Nein
3.) Ist der Patient ständig bettlägerig? Ja Nein
4.) Ist der Patient stuhlinkontinent? Ja Nein
5.) Ist der Patient harninkontinent? Ja Nein

6.) Hilfestellungen sind erforderlich:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bei der Mobilität | <input type="checkbox"/> Beim Waschen |
| <input type="checkbox"/> Beim An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Beim Essen und Trinken |
| <input type="checkbox"/> Bei den Ausscheidungen | <input type="checkbox"/> Bei der Tagesgestaltung |

- 7.) Orientierung: zur Zeit: Ja Nein Zeitweise
 zum Ort: Ja Nein Zeitweise
 zur Person: Ja Nein Zeitweise
 zur Situation: Ja Nein Zeitweise

8.) Psychische Problemlagen / Verhaltensauffälligkeiten? Ja Nein

9.) Suchtkrankheit? Nein Ja: _____

10.) Diagnosen: *Bitte legen Sie pflegerelevanten Diagnosen bei!*

11.) Medikamente: *Bitte geben Sie einen aktuellen, unterschriebenen Medikamentenplan mit!*

12.) Behandlungspflege: *Bitte geben Sie einen aktuellen, unterschriebenen Behandlungsplan mit!*

13.) Besondere Hinweise: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Pflegerischer Fragebogen

Bewohnername: _____ Geburtsdatum: _____

Sehr geehrter Bewohner / Kurzzeitpflegegast,
sehr geehrter Angehöriger / Bevollmächtigter / Betreuer,

um eine bestmögliche Versorgung sicherstellen zu können sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen: Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und füllen den pflegerischen Fragebogen möglichst umfassend aus.

- 1.) Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun? Was bringt Sie zu uns?

Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten

- 2.) Ist die pflegebedürftige Person orientiert?

zum Ort?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
zur Zeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
zur Person?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
zur Situation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

- 3.) Ist die Sprachfähigkeit erhalten? Ja Nein

- 4.) Können Wünsche und Bedürfnisse adäquat mitgeteilt werden?

Ja
 Nein

- 5.) Bestehen Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens? Wenn ja, welche?

Ja: _____
 Nein

- 6.) Werden zur Kompensation der Beeinträchtigungen Hilfsmittel genutzt? Wenn ja, welche?

Ja: _____
 Nein

- 7.) Ist der Umgang (z.B. Brille aufsetzen, Hörgeräte einsetzen, reinigen) mit den Hilfsmitteln selbstständig möglich?

Selbstständig
 Unselbstständig
 Teilweise selbstständig: _____

8.) Bestehen Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Problemlagen? Wenn ja, welche?

Ja: _____

Nein

9.) Welche Faktoren fördern oder begrenzen dieses Verhalten?

Mobilität und Beweglichkeit

10.) Bestehen Funktionsbeeinträchtigungen der Gelenke? Wenn ja, wo?

Ja: _____

Nein

11.) Bestehen Beeinträchtigungen bei der Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination o.ä.? Wenn ja, welche?

Ja: _____

Nein

12.) Bestehen Mobilitätseinschränkungen? Wenn ja, welche?

Ja: _____

Nein

13.) Sind Positionswechsel im Bett möglich?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

14.) Ist das Halten einer aufrechten Sitzposition möglich?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

15.) Kann die pflegebedürftige Person sich umsetzen?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

16.) Kann sich die pflegebedürftige Person fortbewegen?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

17.) Werden zum Fortbewegen Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator, Gehhilfen etc.) benötigt? Wenn ja, welche?

Ja: _____

Nein

18.) Besteht eine Sturzvorgeschichte? Wenn ja, gab es gravierende Sturzfolgen?

- Ja: _____
 Nein

Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

19.) Besteht eine Harninkontinenz?

- Ja
 Nein
 Zeitweise

20.) Werden Inkontinenzprodukte genutzt? Wenn ja, welche?

- Ja: _____
 Nein

21.) Ist die pflegebedürftige Person im Umgang mit der Harninkontinenz selbstständig?

- Ja
 Nein

22.) Besteht eine Stuhlinkontinenz?

- Ja
 Nein
 Zeitweise

23.) Ist die pflegebedürftige Person im Umgang mit der Stuhlinkontinenz selbstständig?

- Ja
 Nein

24.) Hat die pflegebedürftige Person aktuell Schmerzen?

- Ja
 Nein

25.) Sind die Schmerzen akut (Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung) oder chronisch (länger als sechs Wochen)?

- Akut
 Chronisch

26.) Ist die aktuelle Schmerzsituation stabil (Schmerzen werden als akzeptabel empfunden) oder instabil (Schmerzsituation und Schmerzlinderung entsprechend keiner akzeptablen Situation)?

- Stabile Schmerzsituation
 Instabile Schmerzsituation

27.) Wo (an welchen Körperstellen) treten die Schmerzen auf?

28.) Wie häufig treten die Schmerzen auf?

- Andauernd
- Mehrfach täglich
- Mehrfach pro Woche
- Tagsüber
- Nachts
- _____

29.) Wie stark behindern die Schmerzen bestimmte Tätigkeiten und Aktivitäten im Alltag? Bitte kurz erläutern!

30.) Welche Folgen haben die Schmerzen auf Stimmung und Lebensqualität? Bitte kurz erläutern!

31.) Gibt es stabilisierende und / oder destabilisierende Faktoren?

- Stabilisierende Faktoren: _____
- Destabilisierende Faktoren: _____

32.) Bestehen Wunden? Wenn ja, welche und Wo (an welchen Körperstellen)?

- Ja: _____
- Nein

Selbstversorgung

33.) Wie groß und wie schwer ist die pflegebedürftige Person?

Größe: _____
Gewicht: _____

34.) Wie schätzen Sie das Gewicht der pflegebedürftigen Person ein?

- Untergewicht
- Normalgewicht
- Übergewicht

35.) Kann sich die pflegebedürftige Person Mahlzeiten mundgerecht zubereiten und Getränke eingießen?

- Ja
- Nein
- Teilweise / mit Hilfe: _____

36.) Kann die pflegebedürftige Person Essen und Trinken?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

37.) Nutzt die pflegebedürftige Person Zahnprothesen? Wenn ja, welche?

- Ja, Vollprothese oben
 Ja, Vollprothese unten
 Ja, Teilprothese oben
 Ja, Teilprothese unten
 Nein

38.) Sind Schluckprobleme bekannt?

- Ja
 Nein

39.) Bestehen Nahrungsunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

- Ja: _____
 Nein

40.) Wie sind die Wünsche bzgl. der Ernährung?

41.) Kann sich die pflegebedürftige Person den vorderen Oberkörper waschen?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

42.) Kann die pflegebedürftige Person die Körperpflege im Bereich des Kopfes (z.B. Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren) durchführen?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

43.) Kann sich die pflegebedürftige Person den Intimbereich waschen?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

44.) Kann sich die pflegebedürftige Person duschen?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

45.) Benutzt die die pflegebedürftige Person selber eine Toilette oder einen Toilettenstuhl?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

46.) Kann sich die pflegebedürftige Person duschen?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

47.) Ist der Hautzustand intakt oder nicht intakt? Wenn nicht intakt, bitte kurz erläutern (z.B. Wunden, Rötungen, Schuppen, übermäßig trockene / feuchte Haut)

- Intakt
 Nicht intakt: _____

48.) Wie sind die Wünsche bzgl. der Körperpflege?

49.) Kann sich die pflegebedürftige Person den Oberkörper An- und Auskleiden?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

50.) Kann sich die pflegebedürftige Person den Unterkörper An- und Auskleiden?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

Leben in sozialen Beziehungen

51.) Wünscht der Aufenthalt im Freien?

- Ja
 Nein

52.) Welche aktuellen Interessen und Gewohnheiten bestehen aktuell?

53.) Kann die pflegebedürftige Person den Tagesablauf selbst gestalten?

- Ja
 Nein
 Teilweise / mit Hilfe: _____

54.) Kann die pflegebedürftige Person den Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

55.) Kann sich die pflegebedürftige Person beschäftigen?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

56.) Kann die pflegebedürftige Person in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

57.) Kann die pflegebedürftige Person mit Personen im direkten Kontakt interagieren?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

58.) Kann die pflegebedürftige Person Kontakte zu Personen außerhalb des direkten Umfelds pflegen?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: _____

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter

Besondere Wünsche im Todesfall

Bewohnername: _____ Geburtsdatum: _____

Im Todesfall soll folgende Person informiert werden:

Name, Vorname: _____ Telefonnummer: _____

Die zuvor genannte Person soll:

- Zu jeder Zeit (z.B. auch nachts) informiert werden
- Nicht** zu dieser Zeit informiert werden: _____

Außerdem bestehen für den Todesfall folgende Wünsche:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter

**Offene Einrichtung
Aufenthalt in der Langzeit- und Kurzzeitpflege**

Bewohnername: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bin darüber informiert worden, dass das Seniorenzentrum Krankenhaus Plettenberg eine offene Einrichtung ist und somit ein Verlassen des Seniorenzentrums nicht explizit verhindert werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter