

## Für ambulante Pflegedienste

Nutzen Sie diese Checkliste um alle wichtigen Informationen über Ihren zukünftigen Kunden auf einen Blick zu haben.

Name des Kunde/der Kundin: \_\_\_\_\_

### 1. Allgemein

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Wie oft benötigt der Kunde/die Kundin Hilfe? \_\_\_\_\_

Gibt es Angehörige, die unterstützen? \_\_\_\_\_

### 2. Einschätzung zum pflegerischen Unterstützungsbedarf

Wird bei folgenden Tätigkeiten Hilfe benötigt? (Bitte zutreffendes ankreuzen)

	Ja	gelegentlich	Nein	Bemerkungen
Essen / Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Aufstehen / zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gang zur Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bad / Dusche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
An- / Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Frisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mundpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sitzen im Rollstuhl / auf dem Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

### 3. Individualität

Ruhe- und Schlafgewohnheiten

---

Ess- und Trinkgewohnheiten

---

Besondere Interessen

---

Gewohnheiten

---

Bemerkungen

---

Sonstiges

---

### 4. Medikamente

Welche Medikamente sind verordnet?

---

---

---

---

---

---

### 5. Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---