

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"/>	_____

Ruhe- und Schlafgewohnheiten	
Ess- und Trinkgewohnheiten	
Besondere Interessen	
Gewohnheiten	
Bemerkungen	
Sonstiges	

Welche Medikamente sind verordnet?

[illegible]