

## Pflegerischer Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

uns liegt es sehr am Herzen, dass Sie sich in unserem Haus wohlfühlen und Ihre Gewohnheiten beibehalten können. Darum bitten wir Sie, uns die nachstehenden Fragen zu beantworten.

Der Umgang mit Ihren Informationen ist selbstverständlich vertraulich!

### Körperpflege

	Selbständig	Unselbständig
Duschen		
Oberkörper		
Unterkörper		
Gesicht & Hände		
An- / Auskleiden		
Haarpflege		
Mund- / Zahnpflege		
Evtl. Rasur		
Fingernagelpflege		
Nahrungs- & Flüssigkeitsaufnahme		

### Bewegung

	Selbständig	Unselbständig
Stehen		
Gehen		
Gehen am Rollator		
Treppensteigen		
Rollstuhlmobilisation		
Lagewechsel im Bett		
Stehen am Waschbecken		

## Ausscheidung

Harninkontinenz ja nein  
Stuhlinkontinenz ja nein

## Ruhen und Schlafen

Aufstehen früher später  
Mittagsruhe ja nein  
Nachtruhe früher später

## Hilfsmittel

Rollstuhl Magensonde  
Rollator Dauerkatheter  
Gehhilfen Orthopädische Schuhe  
Zahnprothesen Kompressionsstrümpfe  
Hörgeräte Antidekubitusmatratze  
Brille Inkontinenzmaterial

## Sonstiges

Liegen Hauterkrankungen nein  
und / oder Wunden vor? ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Liegt eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor?

ja nein

---

---