

Schreiben Anamnesebogen ausfüllen

Arbeiten Sie zu zweit. Stellen Sie sich die Fragen aus dem Anamnesebogen und tragen Sie die Informationen ein.

Bewohnername		geboren am	
Gewohnheiten · Wünsche · Ressourcen		Hilfebedarf	Hilfeform
1. Kommunizieren Benötigen Sie eine Brille? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Benötigen Sie ein Hörgerät? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Können Sie sich mitteilen und Ihre Wünsche äußern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Orientierung: Ist zeitlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein örtlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein situativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein zur Person <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein orientiert.		ist <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> taub <input type="checkbox"/> stumm <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> kann Hörgerät nicht handhaben <input type="checkbox"/> hat Sprachstörungen <input type="checkbox"/> hat Sichtfeldeinschränkungen	
2. Sich bewegen Können Sie selbstständig ...		<input type="checkbox"/> Kontraktoren vorhanden ggf. wo <input type="checkbox"/> Spitzfußstellung <input type="checkbox"/> max. gebeugter Ellenbogen <input type="checkbox"/> Kniegelenk 100° <input type="checkbox"/> gefaustete Hand <input type="checkbox"/> Dekubitus vorhanden ggf. wo (siehe auch Wundprotokoll) <input type="checkbox"/> Sturzgefahr <input type="checkbox"/> ist bettlägerig Transfer <input type="checkbox"/> aufstehen <input type="checkbox"/> hinlegen	
aufstehen/zu Bett gehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein gehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein stehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein sitzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein laufen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein sich hinsetzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ihre Lage im Bett verändern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Benutzen Sie hierzu Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gehen Sie spazieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. wann und wie oft Mögen Sie körperliche Aktivitäten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Bewohnername		geboren am		
Gewohnheiten · Wünsche · Ressourcen		Hilfebedarf	Hilfeform	
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten		hat <input type="checkbox"/> erhöhten <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck hat <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> friert leicht <input type="checkbox"/> hat ständig kalte Füße hat <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> neigt zu Unterzuckerung <input type="checkbox"/> neigt zu Überzuckerung <input type="checkbox"/> leidet unter Sauerstoffmangel kann Bronchialsekret <input type="checkbox"/> schlecht abhusten <input type="checkbox"/> nicht abhusten <input type="checkbox"/> leidet unter starkem Auswurf <input type="checkbox"/> hat Atemnot nach leichter Anstrengung		
Wird regelmäßig Blutdruck gemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wird regelmäßig Blutzucker gemessen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Tragen Sie Kompressionsstrümpfe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Welche Umgebungstemperatur ist Ihnen angenehm?				
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, ggf. welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Brauchen Sie Hilfe bei der Medikamentenversorgung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4. Sich pflegen		<input type="checkbox"/> waschen <input type="checkbox"/> duschen <input type="checkbox"/> baden <input type="checkbox"/> Oberkörper <input type="checkbox"/> Haare <input type="checkbox"/> Unterkörper <input type="checkbox"/> Rasur <input type="checkbox"/> Fußpflege <input type="checkbox"/> Fingernagelpflege <input type="checkbox"/> Intimpflege <input type="checkbox"/> Hautpflege <input type="checkbox"/> Gesichtspflege <input type="checkbox"/> Ohren- <input type="checkbox"/> Nasen- <input type="checkbox"/> Augenpflege <input type="checkbox"/> Mund- und <input type="checkbox"/> Zahnpflege <input type="checkbox"/> Hautdefekte <input type="checkbox"/> Veränderungen (siehe Wundprotokoll) <input type="checkbox"/> neigt zu starkem Schwitzen		
Welche Vorlieben haben Sie im Bereich der Körperpflege?				
Welche Körperpflegemittel benutzen Sie?				
Wer besorgt diese?				
Wie rasieren Sie sich?				
Wie pflegen Sie Ihre Haare?				
Benötigen Sie Hilfe bei der Fußpflege?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Benötigen Sie Hilfe bei der Zahnpflege?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Schminken Sie sich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
5. Essen und Trinken		sieht Notwendigkeit von <input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Trinken nicht ein <input type="checkbox"/> sieht Notwendigkeit einer Diät nicht ein hat <input type="checkbox"/> Kau- <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> isst sehr langsam <input type="checkbox"/> mundgerechtes Zubereiten der Nahrung <input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Mahlzeiteneinnahme <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> PEG komplett <input type="checkbox"/> Sondenernährung in Kombination mit oraler Ernährung <input type="checkbox"/> Unterstützung und Überwachung zur ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme <input type="checkbox"/> leidet unter häufigem Erbrechen		
Welche Lieblings Speisen/-getränke haben Sie?				
Welche Speisen/Getränke lehnen Sie ab?				
Wie viel trinken Sie gewöhnlich am Tag?				
Möchten Sie Ihre Mahlzeiten in Gemeinschaft einnehmen?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie sind Sie gewohnt, Ihr Frühstück einzunehmen?				<input type="checkbox"/> frühmorgens <input type="checkbox"/> später
Benötigen Sie eine Diät oder Schonkost?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sondenernährung?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag gewöhnlich ein?				

Bewohnername		geboren am	
Gewohnheiten · Wünsche · Ressourcen		Hilfebedarf	Hilfeform
6. Ausscheiden Gibt es Zeiten, zu denen Sie gewohnheitsmäßig die Toilette aufsuchen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Benötigen Sie Hilfe beim Toilettengang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Können Sie Blase und Darm kontrollieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie Medikamente zur Regulierung der Blasen- und Darmfunktion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Benötigen Sie Hilfsmittel (Vorlagen, Inkontinenzhosen, Katheter, Bettpfanne, Toilettenstuhl, Urinflasche)? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		ist <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> urin- und/oder <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent leidet unter <input type="checkbox"/> ständigen <input type="checkbox"/> gelegentlichen <input type="checkbox"/> Verstopfungen <input type="checkbox"/> Durchfällen hat <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> suprapubischen Katheter <input type="checkbox"/> neigt zu Infektionen <input type="checkbox"/> hat einen Anus praeter kann <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl nicht selbstständig benutzen <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Einnahme von Abführmitteln <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Anwendung von Vorlagen	
7. Sich kleiden Welche Kleidung tragen Sie gerne (auch Hausschuhe, Schuhe, Sonntagskleidung, Freizeitkleidung, Schmuck)? am Tag: in der Nacht: Gewohnter Wäschewechsel:		<input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei der Kleiderauswahl <input type="checkbox"/> zieht sich wegen Desorientiertheit öfter aus <input type="checkbox"/> fehlende Einsicht für angemessene Kleidung <input type="checkbox"/> fehlende Einsicht für notwendigen Wäschewechsel <input type="checkbox"/> kann Verschlüsse nicht handhaben <input type="checkbox"/> kann Kleidung nicht über Kopf ausziehen <input type="checkbox"/> kann Kleidung nicht über die Füße anziehen	
8. Ruhen und Schlafen Von wann bis wann schlafen Sie üblicherweise nachts? Halten Sie einen Mittagsschlaf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie lange? Möchten Sie, dass nachts ein/eine Mitarbeiter/-in nach Ihnen schaut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gibt es Besonderheiten, die zu beachten sind (Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr, Geräuschempfindlichkeit)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung):		hat <input type="checkbox"/> Einschlaf- <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen hat <input type="checkbox"/> psychische <input type="checkbox"/> krankheitsbedingte Schlafstörungen <input type="checkbox"/> hat gestörten Tag-Nacht-Rhythmus	

Bewohnername		geboren am	
Gewohnheiten · Wünsche · Ressourcen		Hilfebedarf	Hilfeform
9. Sich beschäftigen		Strukturierung des Tagesablaufes nach früheren Gewohnheiten: Zeitpunkt für <input type="checkbox"/> Aufstehen <input type="checkbox"/> Zubettgehen abstimmen Integration in tägliche Abläufe (Hauswirtschaft, Garten, Singgruppe etc.):	
In welchem Beruf haben Sie gearbeitet?			
Womit haben Sie sich gerne beschäftigt?			
Wie sah Ihr Tagesablauf aus?			
Wünschen Sie Hilfe bei der Gestaltung des Tagesablaufes?			
10. Geschlechtersensible Pflege		Schamgefühl bei Intimpflege berücksichtigen: wünscht <input type="checkbox"/> männliche <input type="checkbox"/> weibliche <input type="checkbox"/> folgende Pflegeperson: <input type="checkbox"/> kann sich nicht selbst frisieren <input type="checkbox"/> kann Schmuck nicht selbst anlegen	
Bevorzugen Sie männliche oder weibliche Pflegepersonen?			
Verwenden Sie Make-up oder Schmuck?			
Welche Haar- und ggf. Barttracht bevorzugen Sie?			
11. Für eine sichere Umgebung sorgen		<input type="checkbox"/> kann Gefahren nicht einschätzen <input type="checkbox"/> verirrt sich in der Einrichtung individuelle Sicherheitsmaßnahmen erforderlich <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) a) nicht freiheitsentziehende Maßnahmen <input type="checkbox"/> Raumgestaltung prüfen <input type="checkbox"/> Beleuchtung prüfen <input type="checkbox"/> Stolperfallen beseitigen <input type="checkbox"/> Sitz- und Haltemöglichkeiten schaffen <input type="checkbox"/> Hüftprotektoren <input type="checkbox"/> Muskelkraft- und Balancetraining <input type="checkbox"/> Personensuchsystem b) freiheitsentziehende Maßnahmen Art der Maßnahme und Begründung (siehe Pflegeplanung I) und vereinbarter Tagesablauf (Pflegeplanung II) <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme muss überwacht werden	
Benötigen Sie Hilfsmittel zur Mobilität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?			
Wünschen Sie ein Bettgitter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Möchten Sie Ihr Zimmer verschließen bzw. verschlossen bekommen; ggf. zu welcher Tageszeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Können Sie Hilfe herbeirufen? ja nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Finden Sie sich in der Einrichtung ohne Hilfe zurecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Bewohnername		geboren am	
Gewohnheiten · Wünsche · Ressourcen		Hilfebedarf	Hilfeform
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern Zu welchen Verwandten, Bekannten pflegen Sie Kontakte? Gibt es Personen, zu denen Sie keinen Kontakt wünschen? Gibt es Zeiten, zu denen Sie keinen Besuch wünschen? Gibt es weitere soziale Kontakte wie Vereine, Kirchengemeinde, bestimmte Geistliche? Können Sie die Kontakte selbstständig herstellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Bewohner benötigt Aktivierung <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Kontaktpflege <input type="checkbox"/> in Betreuung im Haus integrieren	
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen Haben Sie ständig/wiederholt Schmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie deshalb regelmäßig Schmerzmittel ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? Wie bewältigen Sie sonst Ihre Schmerzen? Gibt es Wünsche zur Betreuung in der Sterbephase? Wer soll Sie in dieser Zeit versorgen?		kann <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung nicht akzeptieren ist durch Schmerzen eingeschränkt bei: leidet an Verlust von: hat Angst:	
14. Biografische Ergänzung		leidet unter unbewältigten Lebenserfahrungen: vermisst: hat Sorgen um:	

B = Beaufsichtigung A = Anleitung Tü = Teilübernahme vÜ = vollständige Übernahme

Anregung für die Lehrkraft

Anknüpfungspunkt in Trainingseinheiten Deutsch B1-B2 Pflege
Seite 60, Aufgabe 5a