	Erhebung des Pflegestatus von AHB-Patienten	Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell
		Formblatt

Sehr geehrter Gast,

um während Ihres Aufenthaltes eine optimale Unterbringung gewährleisten zu können, möchten wir Sie bitten, die unten aufgeführten Fragen zu beantworten und dieses **Formular und einen Barthel-Index** mindestens 3 Tage vor Antritt Ihres Aufenthaltes an unsere Pflegedienstleitung weiterzuleiten:

(E-Mail: Pflegedienstleitung@mettnau.com oder Telefax Nr. 07732 151 92344).

Bei Rückfragen können Sie gerne unsere Pflegedienstleitung Herrn Ludewig unter der Telefonnummer 07732151344 oder die Stellvertretende Pflegedienstleitung Frau Braun unter 07732151289 kontaktieren. Sollte ein Gespräch mit einem Arzt erforderlich sein, bitten wir Sie unser Arztsekretariat in der Werner-Messmer-Klinik unter der Telefonnummer 07732151457 oder 151452 zu kontaktieren.

Nachname: **Vorname:** **geb. am:**

1. Bestehen Einschränkungen der Selbständigkeit bei:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenen Untergrund | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Pflege (Waschen, An-/Auskleiden) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

2. Besteht bereits eine Pflegebedürftigkeit?


- | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Pflegegrad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Benötigen Sie Hilfsmittel wie zum Beispiel Rollator, Rollstuhl, Gehhilfen usw.?

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> welche?: |
| <input type="checkbox"/> Bett mit Sondergröße über 2 Meter | | |

4. Benötigen Sie eine besondere medikamentöse Therapie?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Infusionen/ intravenöse Medikamente/Spritzen: |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Medikamente (z.B. Immunsuppressiva, bitte Medikamentenplan mitschicken) |
| <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

	Erhebung des Pflegestatus von AHB-Patienten	Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell
		Formblatt

5. Ist eine spezielle Behandlungspflege notwendig?

☐ Dialyse ☐ ja ☐ nein

☐ Verbandswechsel ☐ ja ☐ nein

☐ Andere: _____

6. Bringen Sie Ihr eigenes Medizingerät mit?

☐ ja ☐ nein

7. Bestehen Orientierungsprobleme aufgrund einer Demenz oder einer anderen Erkrankung?

☐ ja ☐ nein

8. Bestehen psychische Erkrankungen wie z.B. Phobien, Angststörungen, Depressionen?

☐ ja ☐ nein

9. Unter welcher Telefonnummer können wir Sie bei Rückfragen telefonisch erreichen?

10. Wann ist Ihr Anreisetag?

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und verbleiben mit

mit freundlichen Grüßen

N. Ludewig
Pflegedienstleitung