

## Bedarfserhebungsbogen für die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim

### Aufzunehmende Person

Name		SV-Nummer	
Adresse		Rel.-Bekenntnis	
Derzeitiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> alternative Wohnform <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben):		
	Name der Einrichtung, Ort: <b>Eingabe fehlt</b>		
Anmerkung:			
Hausarzt/-ärztin		aktuelle PG-Stufe	
Sozialversich.-Träger		seit	
Angehörige(r) o. sonst. Ansprechperson(en)		erwartete PG-Stufe	
		Erhöhung beantragt	
Telefonnummer(n)		Verhältnis zur aufzunehmenden Person	

### Aktuelle Wohnsituation der aufzunehmenden Person

nicht mehr vertretbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selbständiges Wohnen möglich <b>Eingabe fehlt</b> <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation kann mit personeller/technischer Hilfe kompensiert werden <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation erschwert die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben <input type="checkbox"/> bauliche Situation/Wohnsituation schränkt bei den Lebensaktivitäten ein <input type="checkbox"/> Gefährdung durch die bauliche Situation/Wohnsituation		
	Anmerkung:		

### Aktuelle Betreuungs- und Pflegesituation

a. Versorgung zu Hause <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> Heimhilfe <input type="checkbox"/> Angehörige im eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> FSB "A" <input type="checkbox"/> Angehörige außerhalb d. eig. Haushalts <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege <input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe <input type="checkbox"/> Angehörigen-Entlastungsdienst <input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung <input type="checkbox"/> Haus- und Heimservice <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> 24 Stunden Betreuung <input type="checkbox"/> MBH-ChG <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____	Mehrfachnennungen sind möglich  <b>Eingabe fehlt</b>
b. Überforderung <input type="checkbox"/>	<b>Die Hauptbetreuungsperson ist überfordert.</b>	
c. Eigen-/ Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Es besteht eine erhebliche Eigen- und/oder Fremdgefährdung</b> Anmerkung:	
d. Familiensituation/ Sozialkontakte <input type="checkbox"/>	Soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie ... <b>Eingabe fehlt</b> <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> wirkt stark belastet <input type="checkbox"/> zumindest 1 Bezugsperson vorhanden <input type="checkbox"/> fehlt Anmerkung:	
nicht mehr abdeckbar		

**Bedarfserhebungsbogen für die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim**

**Aktuelle Betreuungs- und Pflegesituation**

e.	<b>Haushaltsführung</b>	<p><i>Unterstützung bei der Haushaltsführung notwendig</i></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur bei Erledigungen außerhalb des Hauses <input type="checkbox"/> seltener als 1x/Woche <input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich/vollständige Übernahme	<b>Eingabe fehlt</b>
	<input type="checkbox"/> nicht mehr abdeckbar	<p><i>Anmerkung:</i></p>	
f.	<b>Erhebliche Beeinträchtigung</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sehstörung/Blindheit <input type="checkbox"/> Sprachstörung/Stummheit <input type="checkbox"/> psychische Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung in den letzten 1 - 2 Jahren erworben (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit/Taubheit <input type="checkbox"/> sonstige Beeinträchtigung (bitte angeben): _____
	<input type="checkbox"/> nicht mehr abdeckbar	<p><i>Anmerkung:</i></p>	

**Aktueller Pflege- und Betreuungsbedarf**

3	<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mobil mit technischen Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> mobil mit personeller Unterstützung <input type="checkbox"/> Erhöhte Sturzgefahr <input type="checkbox"/> weitgehende Bettlägerigkeit (Mobilisation möglich) <input type="checkbox"/> vollständige Bettlägerigkeit	<b>Eingabe fehlt</b>
	<input type="checkbox"/> nicht mehr abdeckbar	<p><i>Anmerkung:</i></p>	
4	<b>Körperpflege und Kleiden</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> anleiten/unterstützen in Teilbereichen notwendig	<input type="checkbox"/> mit überwiegend personeller Unterstützung (Mitwirkung möglich) <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme notwendig
	<input type="checkbox"/> nicht mehr abdeckbar	<p><i>Anmerkung:</i></p>	
5	<b>Ernährung</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Vorbereitung notwendig <input type="checkbox"/> Anleitung und Beobachtung erforderlich	<input type="checkbox"/> Mahlzeiten und Getränke müssen eingegeben werden <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> sonstige Ernährungsform
	<input type="checkbox"/> nicht mehr abdeckbar	<p><i>Anmerkung:</i></p>	
6	<b>Ausscheidung</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Anleitung und Beobachtung erforderlich <input type="checkbox"/> Hilfe tagsüber erforderlich <input type="checkbox"/> Hilfe während der Nacht erforderlich	<b>Eingabe fehlt</b>
	<input type="checkbox"/> nicht mehr abdeckbar	<p><i>Anmerkung:</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <i>Form der Inkontinenz:</i>  <input type="checkbox"/> Harninkontinenz  <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz         </div>	
7	<b>Hautzustand</b>	<input type="checkbox"/> Hautpflege nicht notwendig <input type="checkbox"/> Hautpflege selbstständig <input type="checkbox"/> Hautpflege nur mit Hilfe möglich	<b>Eingabe fehlt</b>
	<input type="checkbox"/> nicht mehr abdeckbar	<p><i>Anmerkung:</i></p>	





















#####

#### ####