



PFLEGEHEIM  
BOGEN 2

Datum   
 Zentrumscode   
 Stationscode

**Einwilligung**  Gegeben  Abgelehnt Aufnahme datum   
 Bewohner hat im letzten Jahr teilgenommen  Ja  Nein Geschlecht  Männlich  Weiblich  
 Bewohner Nummer  Körpergröße (m)   
 Vorname (2 Initialen)  Aktuelles Gewicht (kg)   
 Nachname (2 Initialen)  Gewicht (kg) vor 3 Monaten   
 Geburtsjahr (JJJJ)  Gewicht (kg) vor 1 Jahr

**Zeitbedarf für die Grundpflege**  Ja  Risiko  Nein  
 Keine Pflege  
 < 45 min/Tag  120 bis 239 min/Tag  
 46 bis 119 min/Tag  > 240 min/Tag

**Mobilität**  Ja  Nein  
 Bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert  
 In der Lage, sich im Wohnbereich zu bewegen  
 Verlässt den Wohnbereich

**Bewohner kann sich verbal oder nonverbal verständigen**  Ja  Nein

**Kognitiver Status**  Ja  Nein  
 Schwere Demenz  
 Leichte Demenz  Keine Demenz

**Depression**  Ja  Nein  
 Schwere Depression  
 Leichte Depression  Keine Depression

**Pflegebegründende Diagnose (Mehrfachauswahl möglich)**  
 Krebs  
 Gehirn, Nerven, z.B. Demenz, Apoplex, MS, M. Parkinson  
 Skelett / Knochen / Muskel  
 Herz, Kreislauf, Lunge: z.B. MI, Herzinsuffizienz, COPD  
 Others

**Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?**  Ja  Nein

**Wären Sie überrascht, wenn der Bewohner in den nächsten...**  
 ...6 Monaten verstirbt?  Ja  Nein  Ich weiß nicht  
 Keine Antwort  
 ...4 Wochen verstirbt?  Ja  Nein  Ich weiß nicht  
 Keine Antwort

**Anzahl Medikamente / Tag**   
**Antidepressiva**  Ja  Nein  
**Antibiotika**  Ja  Nein  
**Opiate**  Ja  Nein  
**Sedativa**  Ja  Nein  
**Antipsychotika / Neuroleptika**  Ja  Nein

**Mangelernährung**  Ja  Risiko  Nein  
**Exsikkose**  Ja  Nein  
**Schluckstörung**  Ja  Nein  
**Kaustörungen/ Kaubeschwerden**  Ja  Nein  
**Orale Kost**  Ja  Nein  
**Wenn ja: pürierte Kost**  Ja  Nein  
**angereicherte Kost**  Ja  Nein  
**Trinknahrung**  Ja  Nein  
**Sondennahrung**  Ja  Nein  
**Parenterale Ernährung**  Ja  Nein  
**Flüssigkeitsinfusion**  Ja  Nein  
**Hat die Nahrungsaufnahme während der zurückliegenden 3 Monate aufgrund von Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schluckstörungen abgenommen?**  
 Schwere Abnahme  
 Leichte Abnahme  Keine Abnahme  
**Wie hat der Bewohner in der letzten Woche gegessen?**  
 Mehr als üblich  
 Wie üblich  
 Etwas weniger als üblich  
 Sehr viel weniger als üblich  
 Nichts  
 Nichts, da Sondennahrung / parenterale Ernährung  
**Bitte kreuzen Sie an, wie viel der Bewohner zu Mittag gegessen hat**  
 3/4 oder alles  
 1/2  
 1/4  
 Nichts  
 Nichts, da Sondennahrung / parenterale Ernährung  
 Ich weiß nicht

**Hat der Bewohner Hilfe beim Essen benötigt?**  Ja  Nein

Vielen Dank!