

## Allgemeiner Fragebogen zum Heimeinzug

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Unser Ziel ist es Sie und Ihre Wünsche besser kennen zu lernen, damit wir Ihnen gleich am Tage Ihres Einzuges entsprechend Ihren Vorstellungen zur Verfügung stehen können.

### I) Fähigkeiten zu essen und zu trinken

#### Kostformen

Normale Kost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schonkost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes Kost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie selbständig essen / trinken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brauchen Sie Hilfestellung beim Essen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Was essen Sie gerne? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was trinken Sie gerne? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was mögen Sie nicht? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie am Tag?  1l  2l  3l und mehr

Welche Portionsgröße wünschen Sie beim Essen?  
 klein  mittel  groß

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich? \_\_\_\_\_

Welche Essenzeiten haben Sie beim Frühstück \_\_\_\_\_ Uhr  
Mittagessen \_\_\_\_\_ Uhr  
Nachmittagskaffee \_\_\_\_\_ Uhr

Wollen Sie auch am späten Abend eine Kleinigkeit zu Essen?  
 ja  nein

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	1/8
QM	sPDL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

## II) Gewohnheiten

Wann gehen Sie zu Bett? \_\_\_\_\_ Uhr

Wann stehen Sie auf? \_\_\_\_\_ Uhr

Halten Sie einen Mittagsschlaf?  ja  nein

Haben Sie Schlafstörungen?  ja  nein

Haben Sie Einschlafschwierigkeiten?  ja  nein

Schlafen Sie bei offenem Fenster?  ja  nein

Schlafen Sie bei Dämmerlicht?  ja  nein

Haben Sie Einschlafrituale?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	2/8
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

### III) Fähigkeiten im Bereich der Bewegung

- Sind Sie gehfähig?  ja  nein
- Brauchen Sie beim Gehen ein Hilfsmittel?  ja  nein
- Können Sie Treppensteigen?  ja  nein
- Gehen Sie gerne im Freien spazieren?  ja  nein
- Können Sie ohne Hilfe aufstehen?  ja  nein
- Können Sie sich gut in neuer Umgebung orientieren?  ja  nein
- Unternehmen Sie gerne Ausflüge?  ja  nein
- Haben Sie Interesse an sportlicher Betätigung?  ja  nein
- Basteln Sie gerne?  ja  nein

Welche Hilfsmittel haben Sie bereits?

- Rollstuhl     Rollator     Besondere Matratze     Gehstock
- Unterarmgehstützen     \_\_\_\_\_

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	3/8
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

#### IV) Fähigkeiten bei der Körperpflege und beim Kleiden

- Wie duschen Sie gerne?  kalt  warm
- Wie baden Sie gerne?  kalt  warm
- Brauchen Sie Hilfe bei der Haarpflege?  ja  nein
- Gehen Sie regelmäßig zum Friseur?  ja  nein
- Gehen Sie regelmäßig zur Fußpflege?  ja  nein
- Können Sie sich Beine u Füße selbständig waschen?  ja  nein
- Tragen Sie eine Zahnprothese?  ja  nein
- Brauchen Sie Hilfe beim An- und Auskleiden?  ja  nein

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	4/8
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

## V) Fähigkeiten beim Hören und Sehen

- Tragen Sie eine Brille?  ja  nein
- Tragen Sie Kontaktlinsen?  ja  nein
- Tragen Sie ein Hörgerät?  ja  nein
- Sehen Sie gerne fern?  ja  nein
- Hören Sie gerne Radio?  ja  nein
- Lesen Sie gerne (Zeitungen, Zeitschriften, Bücher)?  ja  nein
- Unterhalten Sie sich gerne?  ja  nein

## VI) Bisherige Lebenssituation

Haben Sie in Ihrer eigenen Wohnung gelebt?  ja  nein

Wann waren Sie zuletzt im Krankenhaus? Datum \_\_\_\_\_

Nennen Sie bitte den Grund Ihres Krankenhausaufenthaltes:

---



---



---

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	5/8
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

Ich gehe in ein Heim in Folge eines z.B. kürzlich erlittenen Unfalls / Insights  
(wie Oberschenkelhalsbruch, Schlaganfall)  ja  nein

Aus folgenden Gründen:

---



---



---

Wurden Sie gepflegt?  ja durch  Angehörige  Nachbarn  
 Essen auf Rädern  
 nein

Haben Sie enge Freunde?  ja  nein

Bekamen Sie Hilfe von  der Sozialstation  
 der Diakonie  
 den Angehörigen  
 einem privaten Pflegedienst

Haben Sie ein Haustier?  ja  nein wenn ja welches \_\_\_\_\_

Lieben Sie Blumen?  ja  nein

Welche Hobbys haben Sie?  Musizieren  
 Wandern  
 Basteln  
 Sport  
 sonstiges:

---



---

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	6/8
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

Gehen Sie Freizeitbeschäftigungen nach?  ja  nein

Wenn ja, welche(n)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Nehmen Sie Alkohol zu sich?  ja  nein

Sind Sie es gewohnt alleine zu schlafen?  ja  nein

Gehen Sie gerne in die Kirche?  ja  nein

Welchen Beruf haben Sie erlernt / ausgeübt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

An welchen Wohnorten haben Sie gelebt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	7/8
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

**VI) Welche Wünsche / Erwartungen haben Sie an Ihr neues Leben im Damenstift am Luitpoldpark?**

Ich freue mich, neue Menschen kennen zulernen  ja  nein

Ich hoffe auf geistige Anregung / kulturelle Angebote in meiner neuen Umgebung  ja  nein

Sonstiges:

---



---



---



---



---



---



---



---

**Vielen Dank für Ihre Mühe und Mitarbeit!**

Ihr Team vom *Damenstift am Luitpoldpark*

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	8/8
QM	PÜL		Version	2.0
			Stand	07 / 10