

AWO Seniorenpark St. Laurentius Dr. Karl-Kötzner Str. 1 94339 Leiblfing	<b>Kundenanfrage Vollstationäre Pflege</b>	

Mit diesem Dokument können Sie sich auf die Wartelist setzen lassen. Es dient nicht der Heimanmeldung! Unsere Warteliste wird regelmäßig bearbeitet. Die vergabe der Plätze erfolgt individuell.

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Kontaktperson \_\_\_\_\_

Telefon / E - Mail \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt der Aufnahme \_\_\_\_\_

Pflegegrad                    1     2     3     4     5     keinen

Einzelzimmer             Doppelzimmer             Datum der Anfrage: \_\_\_\_\_

**Körperlicher Zustand:**

**1. Kommunikation**

- keine Störungen
- eingeschränkte Kommunikation

Welcher Art: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Sehen /Hören**

- keine Einschränkung / oder Brille vorhanden
- Blind

**3. Mobilität**

- keine Einschränkung
- Einschränkung / Welcher Art? \_\_\_\_\_
- benutzt Hilfsmittel / Welche? \_\_\_\_\_

**4. Sich Pflegen**

- Selbständig
- benötigt Hilfe / Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bearbeiter/in	Geprüft, Datum	Freigabe GF, Datum	Version	
Margarita Böttcher	Kati Seifert	Kerstin Gläßer 29.03.2023	1.2	

AWO Seniorenpark St. Laurentius Dr. Karl-Kötzner Str. 1 94339 Leiblfing	<b>Kundenanfrage Vollstationäre Pflege</b>	

### 5. Sich Kleiden

- Selbständig
- benötigt Hilfe / Welche? \_\_\_\_\_

Kann Kleidung selber auswählen:  ja  nein

### 6. Essen und Trinken (bitte anstreichen/ankreuzen)

- Selbständig / teilweise selbständig / unselbständig
- Mahlzeiten vorbereiten/mundgerechte Vorbereitung/Fleisch schneiden etc.
- PEG-Sonde/seit wann? \_\_\_\_\_
- Trinkmengenbeschränkung

### 7. Ausscheidung

- Selbständig
- Inkontinenz  Urin  Stuhlgang

### 8. Ruhen und Schlafen

- Schlafstörungen  Einschlafstörung  Durchschlafstörung
- Veränderter Tag/Nachtrhythmus \_\_\_\_\_

### 9. Medikamente

- Selbständig
- Stellen der Medikamente

### 10. Infektionskrankheiten

Wenn JA, Welche? \_\_\_\_\_

### 11. Sauerstoffgabe

kontinuierliche Gabe von Sauerstoff nötig / Grund: \_\_\_\_\_

### 12. Orientierung

- |                     |                             |                               |                                       |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Örtlich orientiert  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | gelegentlich <input type="checkbox"/> |
| Zeitlich orientiert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | gelegentlich <input type="checkbox"/> |
| Situativ orientiert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | gelegentlich <input type="checkbox"/> |
| Motorische Unruhe   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | gelegentlich <input type="checkbox"/> |
| Weglaufgefährdet    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                                       |
| Suizidgefahr        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                                       |
| Demenz              | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                                       |
| Suchterkrankung     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                                       |

Bearbeiter/in	Geprüft, Datum	Freigabe GF, Datum	Version	
Margarita Böttcher	Kati Seifert	Kerstin Gläßer 29.03.2023	1.2	

AWO Seniorenpark St. Laurentius Dr. Karl-Kötzner Str. 1 94339 Leiblfing	<b>Kundenanfrage          Vollstationäre          Pflege</b>	

**Diagnosen:**

---



---



---



---



---



---



---

**Medikamente:**

---



---



---



---



---



---



---

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Anfragen die nicht vollständig ausgefüllt sind, können nicht berücksichtigt werden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bearbeiter/in	Geprüft, Datum	Freigabe GF, Datum	Version	
Margarita Böttcher	Kati Seifert	Kerstin Gläßer 29.03.2023	1.2	