



Sehr geehrte\*r Patient\*in,

um das Aufnahmeverfahren am Tag Ihres Aufenthalts in unserer Tages- und Nachtambulanz zu verkürzen, bitten wir Sie, das folgende Formular möglichst vollständig auszufüllen. Sollte Ihnen ein eigenständiges Ausfüllen nicht möglich sein, kann die Unterstützung durch An- und Zugehörige in Anspruch genommen werden.

## Persönliche Informationen

Name: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Seelsorge gewünscht?  Ja  Nein

Anschrift: \_\_\_\_\_ 1. Ansprechperson / Kontaktperson

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

(Name, Telefonnummer, Beziehung)

Ist diese Person 24h erreichbar?  Ja  Nein

Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

## Vorsorgeformulare

	Ja	Nein	Erstellung gewünscht	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktueller Pflegegrad: _____
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigter: _____
Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betreuer*in: _____

**! Bitte zur Aufnahme mitbringen !**

## Alltagskompetenz

	Selbstständig	benötigt Hilfe	Welche Art der Hilfe?
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Liegt eine Schluckstörung vor? Ja Nein

Kostform: \_\_\_\_\_

Diabetiker\*in? Ja Nein Typ: \_\_\_\_\_ Insulinpflichtig benötigt Unterstützung

**Tagesablauf, Hobbies, Beschäftigung, Musik, Vorlieben:**

**Hautzustand**

intakt Wunden

Wo befinden sich die Wunden

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Wird während des Aufenthaltes Unterstützung bei der Wundversorgung benötigt?

Ja Nein

**! Bitte Verbandsmaterial mitbringen !**

**Zugänge/Ableitungen**

Port  Ernährungssonde (PEG)

Blasenkatheter  Stoma (AP)

PICC-Line  Trachealkanüle

Weitere: \_\_\_\_\_

Wird während des Aufenthaltes Unterstützung bei der Versorgung benötigt?

Ja Nein

**! Bitte Versorgungsmaterial mitbringen !**

Wird Sauerstoff benötigt? Ja Nein

**Hilfsmittel**

Werden Hilfsmittel benötigt? (z.B. Rollator) Nein Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ **! Bitte mitbringen !**

**Pflegerische Versorgung**

selbstständig  Pflegedienst  \_\_\_\_\_

Unterstützung durch Angehörige  (Name, Telefonnummer)

24h Unterstützung  Stat. Einrichtung  \_\_\_\_\_

(Name, Telefonnummer)



**Bemerkungen / Sonstiges:**

**Bei Nachtaufenthalt**

**Wie sieht Ihre Nachtroutine aus?**

**Haben Sie bestimmte Rituale (z.B. Musik hören vor dem Einschlafen)?**

**Was sind nächtliche Probleme (z.B. Angst, Toilettengänge)?**

Soll zur Nacht ein\*e Angehörige\*r mitaufgenommen werden? Nein Ja \_\_\_\_\_

(Name, Beziehung (z.B. Tochter))

\_\_\_\_\_  
(Datum, Name, Unterschrift, Telefonnummer der anmeldenden Person)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Name, Unterschrift Patient\*in / Betreuer\*in)