

Aufnahmebogen Station:			
Zu pflegende Person: _____	Alter: _____	Datenerhebung am: _____	
Datum der Aufnahme: _____		Bezugsperson: _____	
Aufnahmegrund: _____		Bezug zum zu Pflegenden: _____	
Hausarzt: _____ Telefon: _____		Betreuung: _____	
Erhebende Pflegefachkraft: _____		Schwerbehindertenausweis/Pflegegrad: _____	
		Telefonnummern: _____	
Ressourcen und Probleme	Angaben des zu pflegenden Menschen	Angaben der Bezugsperson oder aus vorliegenden Dokumenten	Abweichende/zusätzliche Einschätzung PFK (spätere Eintragungen mit Datum versehen)
<p>Sie erhalten hier bei uns eine bestmögliche ärztliche Behandlung. Wie können wir Ihnen sonst noch helfen, was ist Ihnen besonders wichtig?</p> <p>Alles, was Sie noch nicht angesprochen haben, frage ich jetzt nach.</p>			
Bewegung			
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilität/Einschränkungen • Schnelle Erschöpfung (kann geäußert werden)? • Benötigt Hilfsmittel? 			
Ausscheiden			
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständiger Toilettengang Blase/Darm? • Benötigt Hilfsmittel? • Obstipationsrisiko? 			
Körperpflege			
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständige Körperpflege? • Teilweise Unterstützung? • Übernahme der Körperpflege? • Versorgung der Hilfsmittel erforderlich? 			
Essen			
<ul style="list-style-type: none"> • Vorlieben/Abneigungen? • Eigenständige Aufnahme/Hilfen (Fleisch schneiden, Besteck in die Hand geben u. a.) • Kaustörungen 			
Trinken			
<ul style="list-style-type: none"> • Vorlieben/Abneigungen? • Trinkt alleine?/Braucht Aufforderung/Kontrolle/Hilfen (z. B. Tasse/Glas in die Hand geben) • Schluckstörungen vorhanden? 	!		
Ruhen und Schlafen			
<ul style="list-style-type: none"> • Ungestörter Schlaf? • Nächtliche Unruhe? • WC Gang? • Einschlafgewohnheit? • Bei Störungen hilft? 			
Biografie/Beschäftigung			
<ul style="list-style-type: none"> • Hobbys • TV sehen, Radio, Musik hören • Lesen (Tageszeitung, Illustrierte u.a.) • Religion (Ausübung) • Soziale Kontakte 			

Einschränkungen Sehen			
<ul style="list-style-type: none"> • Uneingeschränkt/leicht • Hilfsmittel wird benötigt 			
Einschränkungen Hören			
<ul style="list-style-type: none"> • Uneingeschränkt/leicht • Hilfsmittel wird benötigt 			
Medikamenteneinnahme			
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständige Einnahme? • Kontrolle der Tabletteneinnahme? • Einzelgaben erforderlich? 			
Orientierung			
<ul style="list-style-type: none"> • Ort (findet Zimmer, Toilette u. a.) • Person (erkennt Menschen wieder) • Zeit (kennt die Tageszeit) • Situation • Erinnerungsvermögen/Gedächtnis 			
Medizinische und weitere Feststellungen/Einschätzungen durch die Pflegekraft			
Bekannte Allergien			
Erkrankungen			
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungen in den letzten Jahren • Chronische Erkrankungen • Verschriebene Medikamente 			
Vitale Funktionen			
<ul style="list-style-type: none"> • Blutdruck, Puls, Temperatur, • Bewusstsein 			
Risiken (z.B. Sturz, Obstipation, Dekubitus, Thrombose)			
Beobachtungen zu			
<ul style="list-style-type: none"> • Sprachverständigen • Sprachvermögen • Artikulation von Bedürfnissen • Emotionale Reaktionen (z. B. Ängste, Aggression) • Nähe- / Distanzverhalten • Weitere (z. B. depressives Verhalten, Hinlaufen- denzen, Aufmerksamkeitsdefizite, apraktische, aphasische oder andere Störungen) 			
Kommunikation			
<ul style="list-style-type: none"> • Verstehen von Sprache? • Reaktion auf Gestik, Mimik, Körperkontakt? • Bedürfnisse werden artikuliert 			
Muttersprache/Dialekt/Fremdsprachen			

Erstellt nach: Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus- www.deutsche-alzheimer.de, Kastner, Löbach 2018