



LÄBESGARTE

Schachenstrasse 5, Postfach 164, 4562 Biberist
Telefon: 032 671 67 11
www.laebesgarte.ch
info@laebesgarte.ch

FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Bisherige Wohnsituation: _____
(Haus, Wohnung,...) _____

Bisher eingesetzte Dienste: _____

Damit wir Ihren Eintritt bei uns gut planen können, füllen Sie bitte dieses Formular gemeinsam mit Ihrem Hausarzt oder der Pflegefachperson Spitex aus und senden dies vor Ihrem Eintritt an unsere Institution.

<u>SICH WASCHEN UND KLEIDEN</u>	<u>Selbstständig</u>	<u>mit Hilfe</u>	<u>HILFESTELLUNG</u>	
- Tägliche Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- Nagelpflege/Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- Sich ankleiden/sich auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- Haut intakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein ja	_____

<u>ATMEN</u>				
- Atemfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- Inhalation	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
- Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
- Gewohnheiten				_____
-				_____

<u>ESSEN UND TRINKEN</u>				
- Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
- Diät	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
- Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
- Gewicht:				Grösse: _____
- Gewohnheiten				_____
- Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
- Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
-				_____

AUSSCHEIDEN

Selbstständig

mit Hilfe

HILFESTELLUNG

- Tag Urin
- Tag Stuhlgang
- Nacht
- Dauerkatheter
- Inkontinenzmaterial

nein
 nein

ja
 ja

SICH BEWEGEN

- Aufstehen, Hinlegen, Absitzen
- Besteht Bettlägerigkeit
- Fortbewegen im Wohnbereich
- Treppen steigen
- Benützung eines Lifts
- Gehen im Freien
- Werden Hilfsmittel benötigt?
- Gewohnheiten
-

nein

 nein

ja

 ja

KOMMUNIZIEREN

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Kontakt aufnehmen
-

GEDÄCHTNIS/BEWUSSTSEIN

- Orientiert
- Umweltkontakt verändert
 - Zeitlich/örtlich desorientiert, jedoch ruhig:
 - Tagsüber
 - Nachts
 - Zeitlich/örtlich desorientiert und unruhig
 - Sich zurechtfinden in Umgebung

SCHLAFEN

- Gewohnheiten
- Hilfsmittel
-

GESTALTEN DES ALLTAGS, SINN FINDEN

- Beschäftigung tagsüber
- Hobbys
- Glauben
-

FÜR SICHERHEIT SORGEN

- Sturzgefährdung
- Orientierung/Weglauftendenz
- Bettgitter
- Dekubitusgefährdung
-

nein
 nein
 nein
 nein

ja
 ja
 ja
 ja

PRÄVENTIVE, DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

BEFINDLICHKEIT (ANGABEN ZUR BIOGRAPHIE UND ZUR JETZIGEN SITUATION)

PROBLEMBEREICHE

WICHTIGE ANLIEGEN (BETROFFENE PERSON, FAMILIE, GESETZLICHE VERTRETER)

Ort: Datum:

Arzt oder Spitex-MA

Der Gesuchsteller oder
dessen Vertreter

BITTE EINSENDEN AN: Läbesgarte Bleichematt, Postfach 164, 4562 Biberist