



Pflegerische Anamnese – Erstinformation

Mobilität

- ☐ Selbstständig ohne Hilfsmittel
- ☐ Selbstständig mit Hilfsmittel
 - welche: _____
- ☐ Benötigt Unterstützung beim Gehen
- ☐ Rollstuhlpflichtig
- ☐ Bettlägerig
- ☐ Sonstige: _____

Ernährung

- ☐ Selbstständig essen und trinken
- ☐ Benötigt Unterstützung beim Essen
- ☐ Sondenernährung (PEG-Sonde)
- ☐ Kaubeschwerden
- ☐ Schluckbeschwerden
- ☐ Besondere Diät
 - welche: _____
- ☐ Flüssigkeitszufuhr überwachen
- ☐ Sonstige: _____

Schlafgewohnheiten

- ☐ Unauffälliger Schlaf
- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Durchschlafprobleme
- ☐ Benötigt Schlafmittel
- ☐ Besondere Schlafrituale notwendig
 - welche: _____
- ☐ Sonstige: _____

Hautpflege

- ☐ Unauffällige Haut
- ☐ Dekubitusrisiko vorhanden
- ☐ Bestehender Dekubitus
 - wo: _____
- ☐ Trockene Haut
- ☐ Besondere Hautpflege erforderlich
- ☐ Sonstige: _____

Ausscheidung

- ☐ Kontinent
- ☐ Inkontinent:
 - ☐ Harn
 - ☐ Stuhl
- ☐ Inkontinenzmaterial
 - welches: _____
- ☐ Katheter
- ☐ Stomaversorgung
- Stuhlgang:
 - ☐ Regelmäßig
 - ☐ Unregelmäßig
 - ☐ Verstopfung
 - ☐ Sonstige: _____

Schmerzen

Schmerzempfinden

- ☐ Keine Schmerzen
- ☐ Schmerzen vorhanden
 - Lokalisierung: _____

Schmerztherapie

- ☐ Medikamente
- ☐ Alternative Methoden
- ☐ Sonstige: _____



HEIM ST. VINZENZ

DER BARMHERZIGEN SCHWESTERN INNSBRUCK GMBH

Kognitive Fähigkeiten

Orientierung

- Zeitlich orientiert ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Örtlich orientiert ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Situativ Orientiert ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Zur Person orientiert ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise

☐ Sonstige: _____

Gedächtnisleistung

- ☐ Unauffällig
- ☐ Leichte Beeinträchtigung
- ☐ Schwere Beeinträchtigung

Sprachfähigkeit

- ☐ Unauffällig
- ☐ Sprachprobleme vorhanden
- ☐ Sonstige: _____

Vorhandene Hilfsmittel

- ☐ Keine Hilfsmittel
- ☐ Brille
- ☐ Hörgerät
- ☐ Prothesen
- ☐ Sonstige: _____

Psychosoziale Situation

Stimmungslage

- ☐ Unauffällig
- ☐ Depressiv
- ☐ Ängstlich

Sozialverhalten

- ☐ Gesellig
- ☐ Zurückgezogen
- ☐ Sonstige: _____

Allgemeines

- ☐ Gewicht: _____
- ☐ Größe: _____

Sonstige Pflegeroutinen und Wünsche

Besondere Wünsche:

Individuelle Pflegeroutinen: