

Hören Aufnahmegespräch mit einer neuen Bewohnerin

- 14 Lesen Sie zunächst das Aufnahmeformular. Hören Sie dann den Hörtext und tragen Sie die Informationen in das Aufnahmeformular ein.

| | | | |
|--------------|---------|------------|--------------|
| Bewohnername | Lindner | geboren am | 07. 03. 1944 |
|--------------|---------|------------|--------------|

| Gewohnheiten · Wünsche · Ressourcen | Hilfebedarf | Hilfeform |
|-------------------------------------|-------------|-----------|
|-------------------------------------|-------------|-----------|

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Sich bewegen Können Sie selbstständig ... | <input type="checkbox"/> Kontrakturen vorhanden ggf. wo <input type="checkbox"/> Spitzfußstellung <input type="checkbox"/> max. gebeugter Ellenbogen <input type="checkbox"/> Kniegelenk 100° <input type="checkbox"/> gefaustete Hand <input type="checkbox"/> Dekubitus vorhanden ggf. wo (siehe auch Wundprotokoll) <input type="checkbox"/> Sturzgefahr <input type="checkbox"/> ist bettlägerig Transfer <input type="checkbox"/> aufstehen <input type="checkbox"/> hinlegen | |
| aufstehen/zu Bett gehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| gehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| stehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| sitzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| laufen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| sich hinsetzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Ihre Lage im Bett verändern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Benutzen Sie hierzu Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Gehen Sie spazieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. wann und wie oft | | |
| Mögen Sie körperliche Aktivitäten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2. Sich pflegen | <input type="checkbox"/> waschen <input type="checkbox"/> duschen <input type="checkbox"/> baden <input type="checkbox"/> Oberkörper <input type="checkbox"/> Haare <input type="checkbox"/> Unterkörper <input type="checkbox"/> Rasur <input type="checkbox"/> Fußpflege <input type="checkbox"/> Fingernagelpflege <input type="checkbox"/> Intimpflege <input type="checkbox"/> Hautpflege <input type="checkbox"/> Gesichtspflege <input type="checkbox"/> Ohren- <input type="checkbox"/> Nasen- <input type="checkbox"/> Augenpflege <input type="checkbox"/> Mund- und <input type="checkbox"/> Zahnpflege <input type="checkbox"/> Hautdefekte <input type="checkbox"/> Veränderungen (siehe Wundprotokoll) <input type="checkbox"/> neigt zu starkem Schwitzen | |
| Welche Vorlieben haben Sie im Bereich der Körperpflege? | | |
| Welche Körperpflegemittel benutzen Sie? | | |
| Wer besorgt diese? | | |
| Wie rasieren Sie sich? | | |
| Wie pflegen Sie Ihre Haare? | | |
| Benötigen Sie Hilfe bei der Fußpflege? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Benötigen Sie Hilfe bei der Zahnpflege? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Schminken Sie sich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| B = Beaufsichtigung A = Anleitung Tü = Teilübernahme vÜ = vollständige Übernahme | | |

| Gewohnheiten · Wünsche · Ressourcen | Hilfebedarf | Hilfeform |
|-------------------------------------|-------------|-----------|
|-------------------------------------|-------------|-----------|

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>3. Essen und Trinken</p> <p>Welche Lieblings Speisen/-getränke haben Sie?</p> <p>Welche Speisen/Getränke lehnen Sie ab?</p> <p>Wie viel trinken Sie gewöhnlich am Tag?</p> <p>Möchten Sie Ihre Mahlzeiten in Gemeinschaft einnehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wie sind Sie gewohnt, Ihr Frühstück einzunehmen? <input type="checkbox"/> frühmorgens <input type="checkbox"/> später</p> <p>Benötigen Sie eine Diät oder Schonkost? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sondenernährung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag gewöhnlich ein?</p> | <p>sieht Notwendigkeit von</p> <p><input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Trinken nicht ein</p> <p><input type="checkbox"/> sieht Notwendigkeit einer Diät nicht ein</p> <p>hat <input type="checkbox"/> Kau- <input type="checkbox"/> Schluckstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> isst sehr langsam</p> <p><input type="checkbox"/> mundgerechtes Zubereiten der Nahrung</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfestellung bei der Mahlzeiteneinnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> PEG komplett</p> <p><input type="checkbox"/> Sondenernährung in Kombination mit oraler Ernährung</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung und Überwachung zur ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme</p> <p><input type="checkbox"/> leidet unter häufigem Erbrechen</p> | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>4. Ausscheiden</p> <p>Gibt es Zeiten, zu denen Sie gewohnheitsmäßig die Toilette aufsuchen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Benötigen Sie Hilfe beim Toilettengang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Können Sie Blase und Darm kontrollieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nehmen Sie Medikamente zur Regulierung der Blasen- und Darmfunktion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Benötigen Sie Hilfsmittel (Vorlagen, Inkontinenzhosen, Katheter, Bettpfanne, Toilettenstuhl, Urinflasche)?</p> <p>Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | <p>ist <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> urin- und/oder</p> <p><input type="checkbox"/> stuhlinkontinent</p> <p>leidet unter <input type="checkbox"/> ständigen</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlichen</p> <p><input type="checkbox"/> Verstopfungen <input type="checkbox"/> Durchfällen</p> <p>hat <input type="checkbox"/> Dauerkatheter</p> <p><input type="checkbox"/> suprapubischen Katheter</p> <p><input type="checkbox"/> neigt zu Infektionen</p> <p><input type="checkbox"/> hat einen Anus praeter</p> <p>kann <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl nicht selbstständig benutzen</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Einnahme von Abführmitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Anwendung von Vorlagen</p> | |
| <p><i>B = Beaufsichtigung A = Anleitung Tü = Teilübernahme vÜ = vollständige Übernahme</i></p> | | |

| Gewohnheiten · Wünsche · Ressourcen | Hilfebedarf | Hilfeform |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <p>5. Ruhen und Schlafen</p> <p>Von wann bis wann schlafen Sie üblicherweise nachts?</p> <p>Halten Sie einen Mittagsschlaf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie lange?</p> <p>Möchten Sie, dass nachts ein/eine Mitarbeiter/-in nach Ihnen schaut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gibt es Besonderheiten, die zu beachten sind (Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr, Geräuschempfindlichkeit)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung):</p> | <p>hat <input type="checkbox"/> Einschlaf- <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen</p> <p>hat <input type="checkbox"/> psychische <input type="checkbox"/> krankheitsbedingte Schlafstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> hat gestörten Tag-Nacht-Rhythmus</p> | |
| <p>6. Geschlechtersensible Pflege</p> <p>Bevorzugen Sie männliche oder weibliche Pflegepersonen?</p> <p>Verwenden Sie Make-up oder Schmuck?</p> <p>Welche Haar- und ggf. Barttracht bevorzugen Sie?</p> | <p>Schamgefühl bei Intimpflege berücksichtigen: wünscht <input type="checkbox"/> männliche <input type="checkbox"/> weibliche <input type="checkbox"/> folgende Pflegeperson:</p> <p><input type="checkbox"/> kann sich nicht selbst frisieren <input type="checkbox"/> kann Schmuck nicht selbst anlegen</p> | |
| <p>7. Für eine sichere Umgebung sorgen</p> <p>Benötigen Sie Hilfsmittel zur Mobilität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?</p> <p>Wünschen Sie ein Bettgitter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Möchten Sie Ihr Zimmer verschließen bzw. verschlossen bekommen; ggf. zu welcher Tageszeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Können Sie Hilfe herbeirufen? ja nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Finden Sie sich in der Einrichtung ohne Hilfe zurecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | <p><input type="checkbox"/> kann Gefahren nicht einschätzen <input type="checkbox"/> verirrt sich in der Einrichtung</p> <p>individuelle Sicherheitsmaßnahmen erforderlich <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b)</p> <p>a) nicht freiheitsentziehende Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Raumgestaltung prüfen <input type="checkbox"/> Beleuchtung prüfen <input type="checkbox"/> Stolperfallen beseitigen <input type="checkbox"/> Sitz- und Haltemöglichkeiten schaffen <input type="checkbox"/> Hüftprotektoren <input type="checkbox"/> Muskelkraft- und Balancetraining <input type="checkbox"/> Personensuchsystem <p>b) freiheitsentziehende Maßnahmen Art der Maßnahme und Begründung (siehe Pflegeplanung I) und vereinbarter Tagesablauf (Pflegeplanung II)</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme muss überwacht werden</p> | |
| <p>B = Beaufsichtigung A = Anleitung Tü = Teilübernahme vÜ = vollständige Übernahme</p> | | |

Anregung für die Lehrkraft

Anknüpfungspunkt in Trainingseinheiten Deutsch B1-B2 Pflege
Seite 65, Aufgabe 3b