



*Auch im Alter
nicht allein!*

Fragebogen zum Einzug

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____

Sie ziehen zum _____ im Aktiva Annazentrum ein. Dieser Einzug ist mit einigen Veränderungen, vielleicht auch Fragen und Ängsten für Sie und Ihre Angehörigen verbunden.

Sie und Ihre Angehörigen sollen bei diesem Einzug möglichst viele Möglichkeiten zur eigenen Mitgestaltung ihres Lebens in unserer Einrichtung erhalten und wir wollen Sie dabei unterstützen. Aus diesem Grund bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen nach Möglichkeit zu beantworten. Die Fragen dienen der Anregung und wir bitten Sie, auch wenn Ihnen später noch etwas hierzu einfällt oder irgendwie wichtig ist, uns dies mitzuteilen.

Wichtig ist uns, dass wir kontinuierlich mit Ihnen und Ihren Angehörigen im Austausch und Gespräch bleiben.

I. Allgemeines vorweg:

Welche Erwartungen haben Sie an das Wohnen im Pflegezentrum und was können wir tun, um Ihren Aufenthalt im Annazentrum angenehm zu gestalten?

Welche Fragen kommen Ihnen, wenn Sie an den Einzug bei uns denken?

Welche Ängste haben Sie hierbei?

Wer hat Sie bisher betreut, begleitet? Was wurde gemacht?

Welche Gegenstände oder Dinge sind Ihnen wichtig, die Sie ins Annazentrum mitnehmen möchten? Haben Sie ein Fotoalbum oder Fotos? Gibt es Lieblingsbücher oder -lieder?

1. Kommunikation:

- a) Können Sie sich sprachlich mitteilen? Ja Nein _____
- b) Gibt es zum Sprechen Besonderheiten: _____
- c) Äußern Sie allgemein Ihre Bedürfnisse? Ja Nein _____
Ihr Befinden? Ja Nein _____
- d) Teilen Sie sich gestisch mit? Ja Nein _____
- e) Teilen Sie sich mimisch mit? Ja Nein _____
- f) Können Sie gut sehen? Ja Nein _____
- g) Nutzen Sie eine Brille? Ja Nein _____
- h) Gibt es zum Hören Besonderheiten: _____

- i) Können Sie gut hören? Ja Nein _____
- j) Nutzen sie ein Hörgerät? Ja Nein _____
- k) Gibt es zum Hören Besonderheiten: _____

- l) Können Sie Schreiben? Ja Nein _____
- m) Können Sie Gesprächen folgen? Ja Nein _____
- n) Können Sie sich an länger zurück liegende Inhalte erinnern? (Wochen)
 Ja Nein _____
- o) Können Sie sich an kürzer zurück liegende Inhalte erinnern? (Stunden, Tage)
 Ja Nein _____
- p) Können Sie das aktuelle Datum benennen? Ja Nein _____
- q) Erkennen Sie ihnen nahestehende Personen immer wieder?
 Ja Nein _____
- r) Finden Sie sich in ihrer Umgebung zurecht? Ja Nein _____
- s) Finden Sie sich in neuen Umgebungen zurecht? Ja Nein _____
- t) Gibt es Zeichen, Symbole die Sie mit ihrer Person identifizieren?
 Ja Nein _____

Ich kann oder möchte unter 1. aufgeführten Fragen keine Antwort geben

2. Bewegung:

- a) Können Sie alleine aus dem Stuhl/Bett aufstehen? Ja Nein _____
- b) Können Sie sich alleine im Bett drehen? Ja Nein _____
- c) Sind Sie schon einmal gefallen? Ja Nein _____
- d) Können Sie mit den Händen im Sitzen bis zu den Füßen?
 Ja Nein _____
- e) Können Sie den Oberkörper beugen? Ja Nein _____
- f) Können Sie die Hände hinter dem Rücken zusammenführen?
 Ja Nein _____
- g) Können Sie mit den Händen bis hinter den Kopf?
 Ja Nein _____
- h) Können Sie eine Flasche öffnen? Ja Nein _____
- i) Fühlen Sie sich allgemein in der Bewegung eingeschränkt?
 Ja Nein _____

- j) Verlassen Sie selbst die Wohnung, das Haus? Ja Nein _____
- k) Wie weit können Sie ohne Pause gehen? _____ Meter
- l) Nutzen Sie hierzu Hilfsmittel? Ja Nein _____
 Gehstock Gehwagen Sonstiges: _____

Ich kann oder möchte unter 2 aufgeführten Fragen keine Antwort geben

3. Vitale Funktionen:

- a) Gibt es Auffälligkeiten bei der Atmung? Nein Ja welche: _____
- b) Empfinden Sie Auffälligkeiten im Bereich Herz-Kreislauf? Nein Ja welche: _____
- c) Nehmen Sie Wärme und Kälte wahr? Ja Nein _____

Ich kann oder möchte unter 3 aufgeführten Fragen keine Antwort geben

4. Körperpflege:

- a) Wasche Sie sich vor dem Waschbecken? Nein Ja wie häufig ___ tgl, ___ wöchtl.
- b) Duschen Sie? Nein Ja wie häufig ___ tgl, ___ wöchtl.
- c) Baden Sie? Nein Ja wie häufig ___ tgl, ___ wöchtl.
- d) Wann, waschen Sie wie die Haare? _____
- e) Wie kämmen Sie sich? Kamm Bürste Haarspray
- f) Frisur: Kämmrichtung: nach hinten Scheitel li Scheitel re
 Sonstiges: _____
- g) Wer versorgt Sie zukünftig als Friseur? _____
- h) Wie werden ihre Fingernägel versorgt? Ganz kurz mittel Schere Feile
- i) Wer versorgt Ihre Fußnägel? _____
- j) Welche Gewohnheiten zur Körperpflege können Sie benennen? Gibt es bestimmte Rituale, Vorgehensweisen?

- k) Können Sie den Oberkörper selbst versorgen? Ja Nein _____
- l) Können Sie den Unterkörper selbst versorgen? Ja Nein _____
- m) Nutzen Sie spezielle Substanzen/Hilfsmittel für die Körperpflege:
 Deo Seife Flüssigseife Waschlappen
 Schwamm _____
- n) Wer besorgt die Pflegeprodukte? _____
- o) Haben Sie Hautauffälligkeiten? _____
- p) Haben Sie eine Zahnprothese? Nein Ja, oben Ja, unten
- q) Wann versorgen Ihre Zähne? morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
- r) Wie versorgen Sie ihre Zähne? _____
- s) Rasieren Sie sich? Nein Ja Nass Trocken
- t) Welche Produkte nutzen Sie? Rasierapparat Rasierklinge
 Sonstiges: _____
- u) Gibt es Besonderheiten bei der Körperpflege? _____

Ich kann oder möchte unter 4 aufgeführten Fragen keine Antwort geben

5. Ausscheiden:

4 von 8

- a) Wann müssen Sie Urin lassen? morgens mittags abends
 zwischendurch vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
- b) Schaffen Sie es rechtzeitig zur Toilette zum Urinlassen? Ja Nein _____
- c) Nutzen Sie Hilfsmittel? Urinflasche Toilettenstuhl
 Inkontinenzvorlage _____
- d) Gibt es Besonderheiten in der Urinausscheidung?

- e) Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? Ja Nein _____
- f) Nutzen Sie Unterstützungsmaßnahmen Regulierung des Stuhlgang?
 Nein Ja, welche: _____
- g) Schaffen Sie es rechtzeitig zur Toilette zum Urinlassen?
 Ja Nein _____
- h) Nutzen Sie Hilfsmittel? Toilettenstuhl Inkontinenzvorlage
- i) Gibt es Besonderheiten beim Stuhlgang?

Ich kann oder möchte unter 5 aufgeführten Fragen keine Antwort geben

6. Kleiden

- a) Suchen Sie ihre Bekleidung selbst aus? Ja Nein _____
- b) Versorgen Sie ihre Wäsche selbst? Ja Nein _____
- c) Was ziehen Sie gern an? Tags? _____
Nachts? _____
- d) Tragen Sie Schmuck? Ja Nein _____
- e) Können Sie sich selbst den Oberkörper an- und ausziehen?
 Ja Nein _____
- f) Können Sie sich selbst den Unterkörper an- und ausziehen?
 Ja Nein _____
- g) Gibt es Besonderheiten beim Bekleidungswechsel?

Ich kann oder möchte unter 6. aufgeführten Fragen keine Antwort geben

7. Essen/Trinken

- a) Wie viel Trinken Sie täglich? _____ ml
- b) Welche Getränke bevorzugen Sie? _____
- c) Welche Getränke meiden Sie? _____
- d) Bereiten Sie selbst Getränke vor? Ja Nein _____
- e) Gibt es besondere Wünsche in der Zubereitung und Aufnahme von Getränken?

- f) Wie viel Essen Sie täglich? _____ Mahlzeiten
 Gr. Portion mittl. Portion kl. Portion
- g) Welche Mahlzeiten bevorzugen Sie? _____

- h) Welche Nahrungsmittel meiden Sie? _____
- i) Bereiten Sie die Mahlzeiten selbst? Ja Nein _____
- j) Nehmen sie Schonkost/Diäten? Ja Nein _____
 Kleingeschnitten püriert nur Sondenkost
- k) Gibt es besondere Wünsche in der Zubereitung und Aufnahme von Mahlzeiten?

- l) Haben Sie in der letzten Zeit Gewicht verloren/zugenommen?
 Ja Nein _____

Ich kann oder möchte unter 7 aufgeführten Fragen keine Antwort geben

8. Ruhen/Schlafen

- a) Haben Sie feste Schlafzeiten? Ja Nein _____
- b) Wie schlafen sie am Besten? _____
- c) Nutzen Sie Rituale oder Hilfen zum Schlafen? Nein Ja welche: _____
- d) Gibt es Rituale beim Aufstehen aus Ruhephasen?
 Nein Ja welche: _____
- e) Halten Sie Mittagsruhe? _____
- f) Gibt es Besonderheiten beim Schlafen?

Ich kann oder möchte unter 8. aufgeführten Fragen keine Antwort geben

9. Sich beschäftigen

- a) Womit beschäftigen Sie sich im Tagesablauf? _____
- b) Womit beschäftigen Sie sich gern? _____
- c) Welche Gegenstände sind Ihnen wichtig? _____
- d) Gibt es Lieblingsaufenthaltsräume? _____
- e) Mögen Sie Gartenarbeit Nein Ja welche: _____
- i. Kochen Nein Ja was: _____
- ii. Basteln, Handwerken Nein Ja was: _____
- iii. Singen, Musik, Tanzen Nein Ja was: _____
- iv. Geschichten, Lesen Nein Ja was: _____
- v. Reisen Nein Ja wohin: _____
- vi. Haustiere, Tiere Nein Ja welche: _____
- vii. Jahreszeitliche Rituale Nein Ja welche: _____
- viii. Familiäre Festtage Nein Ja welche: _____
- f) Welchen Vereinen gehören/gehörten Sie an? _____
- g) Welche Aktivitäten üben Sie jetzt noch aus? _____
- h) Mögen Sie Ruhe/Stille Ja Nein _____
 oder eher Aktivitäten? Ja Nein _____

Ich kann oder möchte unter 9. aufgeführten Fragen keine Antwort geben

10. Sich als Frau/Mann fühlen

- a) Haben Sie Scham, von männlichen oder weiblichen Personal gewaschen zu werden?
 Nein Ja welche: _____
- b) Schminken Sie sich? Ja Nein _____
- c) Haben Sie eine besondere Funktion in ihrer Familie?
 Nein Ja welche: _____
- d) Zeigen Sie Grenzen für Personen die sich Ihnen nähern?
 Nein Ja welche: _____

Ich kann oder möchte unter 10. aufgeführten Fragen keine Antwort geben

11. Für Sicherheit sorgen

- a) Besorgen Sie ihre Medikamente selbst? Ja Nein _____
- b) Nehmen Sie ihre Medikamente selbst ein? Ja Nein _____
- c) Können Sie bei Bedarf nach Hilfe verlangen? Ja Nein _____
- d) Erkennen Sie ihre Grenzen an Belastung und Leistungsvermögen?
 Ja Nein _____
- e) Gibt es Situationen in denen Sie sich in Gefahr bringen?
 Ja Nein _____
- f) Was gibt Ihnen Sicherheit? _____

Ich kann oder möchte unter 11. aufgeführten Fragen keine Antwort geben

12. Soziale Bereiche des Lebens sichern

- a) Wie haben Sie bisher gelebt? Eigenes Haus/Wohnung zur Miete
 mit Garten
- b) Wer begleitet Sie bisher/sind oder waren Ihnen wichtig?
- c) Ehepartner (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- d) Kinder
- i. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- ii. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- iii. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- iv. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- e) Enkelkinder
- i. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- ii. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- iii. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- f) Geschwister
- i. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____

- ii. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- iii. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- g) Eltern
- i. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- h) sonstige
- i. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- ii. (Name) _____ darf Auskunft gegeben werden
 kein Kontakt Kontakt Telefon _____ (Tel Nr) Kontakt durch Besuch _____
- i) Haben Sie Vereinbarungen für den Fall dass Sie selbst nicht mehr entscheiden können?
 Ja Nein _____
- j) Ältere Menschen erzählen gern von früher und von anderen Personen, die wichtig waren/sind, hilfreich wären hier die Namen/Vornamen dieser Personen:
- i. Name: _____ Funktion: _____
- ii. Name: _____ Funktion: _____
- iii. Name: _____ Funktion: _____
- iv. Name: _____ Funktion: _____
- k) Sind Sie gern in Gemeinschaft? Ja Nein _____

Ich kann oder möchte unter 12. aufgeführten Fragen keine Antwort geben

13. Existentielle Erfahrungen

- a) Was sind für sie wichtige Lebensereignisse? (Freuden, besondere Leistungen, Auszeichnungen, Verluste, Krieg, Flucht, Hunger, Kindheit, Schulzeit, Beruf, Familie)

- b) Was macht ihnen Mut Freude?- wann fühlen Sie sich wohl?

- c) Was macht ihnen Unbehagen? Wann fühlen Sie sich unwohl?

- d) Als was für einen Menschtyp würden Sie sich beschreiben?

Positiv denkend negativ denkend
 aktiv passiv

- e) Wie gehen Sie mit dem älter werden, Krankheit, Tod um? Welche Wünsche Bedürfnisse haben Sie, wenn Sie daran denken

f) Haben Sie Schmerzen?

Nein

Ja, welche: _____

Ich kann oder möchte unter 13. aufgeführten Fragen keine Antwort geben

An der Erstellung beteiligt waren: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

