



EURO-CARE Anamnesebogen für Frau / Herrn _____ Geb: _____

Ruhen und Schlafen:		Ruhepausen tagsüber	Einschlafhilfen	Medikamente
Aufstehen ca. Uhrzeit	Zubettgehen ca. Uhrzeit	<input type="checkbox"/> ja Uhrzeit:	<input type="checkbox"/> nein (von bis)	
Schlafunterbrechung Häufigkeit / Ursache				

Sich Bewegen:	selbständig	Unterstützung	Teilübernahme	volle Übernahme	Anleitung/Beaufsichtigung
Gehen, ebene Strecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen, Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen auf Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlassen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beweglichkeit	normal <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	immobil <input type="checkbox"/>	seit wann?	
Bewegungseinschränkung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(wenn ja, welche?)		
Kontrakturen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(wenn ja, welche?)		
Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(wenn ja, welche?)		

Kommunizieren					
Kommunikation	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> verbal	<input type="checkbox"/> nonverbal	<input type="checkbox"/> schriftlich
Wahrnehmung sehen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> blind	Besonderheiten	
Wahrnehmung hören	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> taub		



EURO-CARE Anamnesebogen für Frau / Herrn _____ Geb: _____

Sich waschen & kleiden	normal	trocken	feucht	fettig	Bemerkung
Hautzustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauterkrankungen oder Hautveränderungen					
	selbständig	Unterstützung	Teilübernahme	volle Übernahme	Anleitung/Beaufsichtigung
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen / Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essen & Trinken	Größe	Nahrungsunverträglichkeit / Allergie			
	Gewicht				
Kostform: z. Bsp. passierte Kost / Diät:	Kau- und Schluckfunktion		Wenn beeinträchtigt durch was:		
	normal	<input type="checkbox"/>			
	beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>			
Nahrungsaufnahme	Essen, oral	Trinken, oral	Ernährungssonde		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ernährungszustand	angemessen	Adipositas	Kachexie	Exsikkose	Besonderheiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	selbständig	Unterstützung	Teilübernahme	volle Übernahme	Anleitung/Beaufsichtigung
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungssonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



EURO-CARE Anamnesebogen für Frau / Herrn _____ Geb: _____

Ausscheiden	Selbständig	Hilfsperson	Hilfsmittel	Inkontinenz	Art der Hilfsmittel
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kondomurinal <input type="checkbox"/> Einmalkatheter <input type="checkbox"/> Inkontinenzeinlagen <input type="checkbox"/> Verweilkatheter CH <input type="checkbox"/> transurethral <input type="checkbox"/> suprapubisch
Besonderheiten					
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besonderheiten					<input type="checkbox"/> Analtampon <input type="checkbox"/> Stormaversorgung <input type="checkbox"/> Laxantien / Einläufe
Erbrechen					
Sputum					
Vitalfunktionen	Selbständig	Hilfsperson	Hilfsmittel	Übernahme	Art der Hilfsmittel
Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthmaspray <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe <input type="checkbox"/> Absaugen
Besonderheiten					
Temperaturregulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besonderheiten					<input type="checkbox"/>
Kreislaufregulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten					<input type="checkbox"/>

Für Sicherheit sorgen				Besonderheiten
Orientierung zur Zeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
Orientierung zum Ort	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
Orientierung zur Situation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
Anpassungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
Besonderheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
erkennt Gefahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
reagiert angemessen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> richten / Hilfsperson	<input type="checkbox"/> verabreichen	<input type="checkbox"/> sichere Aufbewahrung (wo?)
Reizempfindungsstörung	<input type="checkbox"/> Kälte	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> nein	



EURO-CARE Anamnesebogen für Frau / Herrn _____ Geb: _____

Sich beschäftigen		Besonderheiten
Tagesgestaltung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Übernahme	

Sinn finden	
Antrieb Stimmung Interessen	

Sich als Mann o. Frau fühlen		Besonderheiten
Wahrung der Intimsphäre	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> eingeschränkt	

Besonderheiten:

 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Pflegestufe: 0 1 2 3 Härtefall

Ort, Datum / Unterschrift Auftraggeber