

# Pflegefragebogen

## Zürcher RehaZentrum Wald

*Bitte lassen Sie diesen Fragebogen durch die betreuende Pflegeperson ausfüllen und senden/faxen Sie diesen an uns zurück. Vielen Dank.*

*Telefax: +41 55 256 62 55, patientenanmeldung.wald@zhreha.ch*

Name / Vorname der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ziel des Reha-Aufenthaltes: \_\_\_\_\_

Soziales Umfeld (verheiratet, ledig, Freunde etc.): \_\_\_\_\_

### Essen

- Pat. isst alleine
- Pat isst mit Hilfsmittel, welches: \_\_\_\_\_
- Essen muss hergerichtet werden
- Essen muss eingegeben werden
- Aspirationsgefahr
- Dysphagie
- Parenterale Ernährung
- Nasale Magensonde
- PEG

Nahrung/Produkt: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

### Mobilität

- selbständig im Transfer
- Selbständig im Gehen
- Transfer mit 1 HP  2 HP
- Gehen mit 1 HP  2 HP
- Braucht Hilfe bei der Lagerung
- Selbständig Rollstuhl fahren
- Bettlägerig
- Vollbelastung
- Teilbelastung/Kg: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel, welche: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

### Körperpflege (Waschen /Kleiden)

- Selbständig Ganzkörper Waschen/Kleiden
- Teilweise möglich, braucht wenig Hilfe einer Hilfsperson
- Im Bett/Lavabo: in beträchtlichem Mass auf Hilfsperson angewiesen
- Ganzwäsche im Bett
- Duschen mit Hilfe

Bemerkung: \_\_\_\_\_

### Orientierung/Bewusstsein

- Zeitlich, örtlich, situativ orientiert
- Desorientiert, braucht Überwachung
- Stark desorientiert, permanente Überwachung
- Tag-Nacht Umkehr
- Sitznachtwache
- Weglauftendenz
- Klingelmatte
- Somnolenz
- Komatös

Bemerkung: \_\_\_\_\_

### Ausscheidung

- Selbständige WC Benützung
- WC/Nachtstuhl mit Hilfsperson
- Auf Topf/Urinflasche angewiesen
- Stuhl Inkontinent
- Urin Inkontinent
- Dauerkatheter
- Urostoma
- Cystofix
- Colostoma/Ileostoma
- Selbständige Stomaversorgung
- Stomaversorgung durch Pflege

Bemerkung: \_\_\_\_\_

### Kommunikation

- Problemlose Verständigung
- Kommunikation eingeschränkt
- Keine Verständigung möglich
- Aphasie
- Muttersprache, welche: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Name / Vorname der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

**Atmung** Sauerstoff / Liter/Min. \_\_\_\_\_ Inhalieren Thoraxdrainagen Provox Scoop 1 Scoop 2 CPAP BIPAP Tracheostoma

Kanülen-Marke: \_\_\_\_\_

Kanülengrösse: \_\_\_\_\_

 PleurX (Pleura-Drainage) Ableitung durch Schwerkraft Ableitung mit Sog Beatmung im Weaning-Prozess Std./Tag**Sehen/Hören**

Sehbehindert

ja  nein 

Blind

ja  nein 

Hörbehindert

ja  nein 

Taub

ja  nein **Psyche/Verhalten** motiviert depressiv aggressiv unruhig unkooperativ

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**Wunden** Wunde

Ort der Wunde: \_\_\_\_\_

 Dekubitus

Ort des Dekubitus: \_\_\_\_\_

 V.A.C

Marke: \_\_\_\_\_

 Redon

Marke: \_\_\_\_\_

**Risiken**Schmerzen:  akut  chronisch Dekubitusgefährdet Sturzgefährdet Kontrakturen Mangelernährung Adipositas**Allgemeines**

Gewicht: \_\_\_\_\_

 Isolation Tbc MRSA wo: \_\_\_\_\_ ESBL wo: \_\_\_\_\_ PICC line Port-a-Cath peripherer Venenkatheter ZVK

Infundierende Medikamente: \_\_\_\_\_

 Perfusor

Infundierende Medikamente: \_\_\_\_\_

 Spezielle Medikamente Bsp: HIV, Immunsuppressiva etc.

Medikamente: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_