

GEWOHNHEITEN des täglichen LEBENS



ALTENWOHNHEIM ALTMÜNSTER
Harstubenweg 2
4813 ALTMÜNSTER
Tel.: 07612/87591
Fax: 07612/87591-81
sekretariat.altenheim@altmuenster.ooe.gv.at

Name des Bewohners / der Bewohnerin: _____

Datum des Erstgesprächs: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

RR: _____

Puls: _____

Blutzucker: _____

Antikoaguliert: ja nein

Medizinische Implantate:

Bekannte Allergien:

Infektiöse Krankheiten:

Religion: Kirchenbesuch erwünscht ja nein

Stützstrümpfe: ja nein

➤ Essen und Trinken:

Geschmacksrichtung beim Essen: eher süß eher pikant

Diabetiker: ja nein

Sonstige Diätarten:

Rechts- oder Linkshänder: Rechtshänder Linkshänder

Lieblingsspeisen:

gerne:.....

Ergänzung:

nicht gerne:.....

Ergänzung:

Welche Getränke bevorzugt der Bewohner / die Bewohnerin?

Frühstück: Kaffee Tee Anderes:

Nachmittag: Kaffee Tee Anderes:

Besonderes:

Ergänzung:

➤ Körperpflege:

Bevorzugt: Duschen Baden am Waschbecken Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

Ist gewohnt an spezielle Zusätze:

Friseurbesuch: Ja Nein

Fußpflege erwünscht: Ja Nein

Rasieren: nass elektrisch
Spezielle Produkte:
Rasierwasser od. Däfte:

Zahnpflege:
Prothese: Ja Nein
Wann wird die Prothese getragen / nicht getragen:

Ergänzung:

➤ Kleidung:

Vorlieben Tag:
Ergänzung:
Vorlieben Nacht:
Ergänzung:

➤ Ausscheidung:

Häufigkeit: Verstopfung Durchfall
Abhilfe:
Inkontinenz: nein Harn Stuhl

Versorgung Tag:
Versorgung Nacht:

Ergänzung:

➤ Bewegen:

Hilfsmittel: keine Rollmobil Rollstuhl Leibstuhl
 Sonstiges:
Mitgebrachte Hilfsmittel:
Ergänzung:

Anmerkungen zur eigenen Bewegung:
.....
.....

➤ Hören:

Ist eine Hörbeeinträchtigung vorhanden? ja nein
Hörapparat: links rechts
Hört BewohnerIn gerne Musik? ja nein
Welche Musikart?
Fernseher: ja nein

Ergänzung:

➤ Sehen:

Ist eine Sehbeeinträchtigung vorhanden? ja nein

Brille: ja nein
 Lesebrille andere:.....
Liest Bewohner/In gerne? ja nein

Ergänzung:

➤ **Schlafen:**

Schlafgewohnheiten:
Lieblingsposition in der Nacht: Seitenlage Rückenl. Bauchl.
Sicherung der Bettseiten:

Ergänzung:

Schlafstörungen: ja, welche nein
Abhilfe:
Licht:
Fenster:
Mittagsschlaf: ja nein

Ergänzung:

➤ **Orientierung:** (nicht beim Erstgespräch auszufüllen)

zeitlich:
örtlich:
situativ:

Ergänzung:

➤ **Sonstige Gewohnheiten:**

Ist sie/er gerne in Gesellschaft? ja nein
Rauchen: ja nein Anmerkung:
Trinken: ja nein Anmerkung:

Ergänzung:

Wollen Sie verständigt werden? (wer von den Angehörigen?)

* Einweisung ins Krankenhaus Tag Nacht
* Todesfall Tag Nacht
* akuter Verschlechterung des AZ Tag Nacht

.....
.....

Gibt es sonst noch etwas Wichtiges in Bezug auf den Bewohner/die Bewohnerin, dass sie uns mitteilen möchten?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

