

## Allgemeine Fragen zur Vorbereitung

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

ausgefüllt durch: \_\_\_\_\_

<p><b>1 Allgemeines</b></p> <p><b>Vorname</b> _____</p> <p><b>Nachname</b> _____</p> <p style="text-align: right;">Körpergrösse (cm):  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Aktuelles Gewicht (kg):  <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Gewicht (kg) vor 3 Monaten:  <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Gewicht (kg) vor 1 Jahr:  <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Wadenumfang (cm), wenn Körpergrösse  <b>nicht</b> gemessen werden kann:  <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>2 Mobilität</b></p> <p><input type="checkbox"/> verlässt Wohnung/Wohngruppe zu Fuss selbständig / in Begleitung</p> <p><input type="checkbox"/> bettlägerig oder in einem (Roll)-Stuhl mobilisiert</p> <p><input type="checkbox"/> in der Lage, sich in der Wohnung/Wohngruppe zu Fuss zu bewegen</p> <p>Beweglichkeit der oberen Extremitäten:</p> <p><input type="checkbox"/> Willkürmotorik der oberen Extremitäten erhalten</p> <p><input type="checkbox"/> kein funktioneller Gebrauch der beiden oberen Extremitäten</p>
<p><b>3 Bewohner kann sich verbal oder nonverbal verständigen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><b>4 Kognitiver Status / psychische Erkrankung</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine psychologischen Probleme</p> <p><input type="checkbox"/> leichte Demenz, psychische Erkrankung, kognitive Veränderung</p> <p><input type="checkbox"/> schwere Demenz, psychische Erkrankung, kognitive Veränderung</p>
<p><b>5 Pflegebegründende Diagnose (Mehrfachauswahl möglich)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Entwicklungsstörung</p> <p><input type="checkbox"/> verminderte Intelligenz, Verhaltensstörung</p> <p><input type="checkbox"/> Motorische und koordinativen Störungen</p> <p><input type="checkbox"/> Spastiker</p> <p><input type="checkbox"/> Down Syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> Cerebralparese</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie</p>
<p><b>6 Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate</b></p> <p><b>Verdauung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja          Stichwort/Anmerkung: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Nein</b></p>

Verdauung:

Durchfall       regelmässig       \_\_\_\_\_

**7 Anzahl Medikamente / Tag** (Mehrfachantworten möglich), (evt.) Mediamentenverordnung angefügt

- Antidepressiva
- Antibiotika
- Opiate
- Sedativa
- Antipsychotika / Neuroleptika
- Laxantien, welche(s): \_\_\_\_\_
- Gastral wie z.B. Protonenpumpenhemmer

Anmerkung allgemein: \_\_\_\_\_

**8a Fragen zur Ernährung**

- |   |                             |                                 |                               |
|---|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Mangelernährung:<br>(Ihre Einschätzung)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Risiko | <input type="checkbox"/> nein |
| Exsikkose (Flüssigkeitsmangel)  |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| Schluckstörung  |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| Kaustörung / Kaubeschwerden   |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| Orale Kost  |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja:    pürierte Kost   |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| angereicherte Kost  |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| Trinknahrung  |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| Sondennahrung   |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| Flüssigkeitsinfusion / oder per Sonde<br>(bei ja - entsprechendes bitte unterstreichen) |                             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein |
| Benötigt der Bewohner Hilfe beim Essen  | <input type="checkbox"/> ja |                                 | <input type="checkbox"/> nein |

**8b Hat die Nahrungsaufnahme während der zurückliegenden 3 Monaten aufgrund von Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schluckstörung abgenommen?**

schwere Abnahme                       leichte Abnahme                       keine Abnahme






**Wie hat der Bewohner in der letzten Woche gegessen?**

- Mehr als üblich
- Wie üblich
- Etwas weniger als üblich
- Sehr viel weniger als üblich
- Nichts
- Nichts, da Sondennahrung

Essgeschwindigkeit:

langsam       normal       schnell

Bitte kreuzen Sie an, wie viel der Bewohner zu Mittag gegessen hat

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/>  3/4 oder alles | <input type="checkbox"/>  nichts, da Sondennahrung |
| <input type="checkbox"/>  1/2            | Produkt: _____ Menge pro Tag: _____ ml  |
| <input type="checkbox"/>  1/4            | <input type="checkbox"/>  weiss nicht              |