

# Pflegeanamnesebogen des Universitätsklinikums Gießen

mittlere Adressette

Nationalität: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Informationsquellen:<sup>①</sup> ☐ Patientin/Patient ☐ andere Personen \_\_\_\_\_

☐ sonstige: \_\_\_\_\_

erstellt durch: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

ergänzt durch: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

kommt von: ☐ zu Hause ☐ sonstiges:<sup>②</sup> \_\_\_\_\_

Müssen Angehörige informiert werden?<sup>③</sup> ☐ Nein ☐ Ja. Wer? \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Betreuung<sup>④</sup> ☐ Nein ☐ Ja. Durch: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Rechtsgrund der Einweisung:<sup>⑤</sup> \_\_\_\_\_

Ich wurde auf die Möglichkeit der Wertsachenverwaltung hingewiesen:<sup>⑥</sup> ☐ Nein ☐ Ja (Unterschrift) \_\_\_\_\_

## 1. Wahrnehmung und Umgang mit der eigenen Gesundheit

Einweisungsdiagnose /-grund: \_\_\_\_\_

Weitere pflegerelevante Diagnosen: <sup>①</sup> \_\_\_\_\_

Sind Sie über Ihre Erkrankung bzw. den Grund der stat. Aufnahme informiert? ☐ Ja ☐ Nein. Evtl. Gründe? <sup>②</sup> \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? <sup>③</sup> ☐ Nein ☐ Ja Sind Sie über deren Wirkung und Nebenwirkung informiert? ☐ Ja ☐ Nein <sup>④</sup>

**Allergien** : ☐ Nein ☐ Ja. Welche? \_\_\_\_\_

**Genußmittel / Drogen**: ☐ Nein ☐ Ja. Welche? <sup>⑤</sup> \_\_\_\_\_

Frühere **Krankenhausaufenthalte**?: ☐ Nein ☐ Ja Was erwarten Sie von dem Aufenthalt? <sup>⑥</sup> \_\_\_\_\_

Was ist für Sie wichtig um gesund zu bleiben? <sup>⑦</sup> \_\_\_\_\_

○ Bei den hochgestellten Ziffern handelt es sich um Verweise auf den Anamneseleitfaden

## 2. Ernährung und Stoffwechsel

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    **ESSEN**

**TRINKEN**

### spezielle Diäten/Kostformen/Gewohnheiten<sup>①</sup>:

(Wünsche, Vorlieben und Menge bitte  
auf Essenkarte vermerken)

#### Probleme und Einschränkungen:

☐ Nein    ☐ Ja. Welche?<sup>②</sup> \_\_\_\_\_

☐ Nein    ☐ Ja. Welche?<sup>③</sup> \_\_\_\_\_

#### besondere Arten der Aufnahme:<sup>④</sup>

(wo/was/warum/seit wann?)

☐ Nein    ☐ Ja. Welche? \_\_\_\_\_

#### Unterstützungsbedarf:

☐ Nein    ☐ Ja

- Art und Weise der Unterstützung:<sup>⑤</sup> \_\_\_\_\_

#### Hilfsmittel:

☐ Nein    ☐ Ja. Welche?<sup>⑥</sup> \_\_\_\_\_

☐ Nein    ☐ Ja. Welche?<sup>⑦</sup> \_\_\_\_\_

---

### MUNDHÖHLE:

#### Veränderungen/Besonderheiten:

☐ Nein    ☐ Ja. Welche?<sup>⑧</sup> \_\_\_\_\_

#### Unterstützungsbedarf:

☐ Nein    ☐ Ja

- Art und Weise der Unterstützung:<sup>⑨</sup> \_\_\_\_\_

#### Sonstiges:

Vollprothese: ☐ oben    ☐ unten    /    Teilprothese: ☐ oben    ☐ unten

### HAUT:

#### Veränderungen/Besonderheiten:

☐ Nein    ☐ Ja. Welche?<sup>⑩</sup> \_\_\_\_\_

- Dekubitusrisiko (nach Braden):

☐ Punkte

#### Ein- und Ableitungen:<sup>⑪</sup> ☐ Nein    ☐ Ja

(wo/was/warum/seit wann?) \_\_\_\_\_

① Bei den hochgestellten Ziffern handelt es sich um Verweise auf den Anamneseleitfaden

### 3. Ausscheidung

|                                                            | URIN:                                                                                             | STUHL:                                                                                            | SCHWEISS:                                                                                         |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gewohnte Frequenz?</b> <sup>①</sup>                     |                                                                                                   | _____                                                                                             |                                                                                                   |
| <b>Veränderungen/Besonderheiten</b>                        | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? <sup>②</sup><br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? <sup>③</sup><br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? <sup>④</sup><br>_____<br>_____ |
| <b>Ableitungen:</b> <sup>⑤</sup> (wo/was/warum/seit wann?) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                                         | _____<br>_____                                                                                    |                                                                                                   |
| <b>Unterstützungsbedarf:</b>                               | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                                         |                                                                                                   |                                                                                                   |
| - Art und Weise der Unterstützung: <sup>⑥</sup>            | _____                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <b>Hilfsmittel:</b>                                        | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? <sup>⑦</sup><br>_____          | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? <sup>⑧</sup><br>_____          |                                                                                                   |

### 4. Aktivität und Bewegung

|                                                                                              |                                                                    |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|
| Einschränkungen in der <b>Vitalität:</b> <sup>①</sup>                                        | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? | _____ |
| <b>Bewegungseinschränkungen:</b> <sup>②</sup>                                                | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? | _____ |
| -angeordnete Mobilitätsbeschränkungen: <sup>③</sup> (welche/warum/wie lange?) _____<br>_____ |                                                                    |       |

○ Bei den hochgestellten Ziffern handelt es sich um Verweise auf den Anamneseleitfaden

|                                                                                                                     |                                                                                                            |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Unterstützungsbedarf:</b><br>↓ bezüglich ↓                                                                       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja<br>Art und Weise der Unterstützung: <sup>④</sup> | Hilfsmittel: <sup>④</sup>        |
| <b>MOBILITÄT:</b>                                                                                                   | _____                                                                                                      | _____                            |
| <b>KLEIDEN:</b>                                                                                                     | _____                                                                                                      | _____                            |
| <b>KÖRPERPFLEGE:</b>                                                                                                | _____                                                                                                      | _____                            |
| - Gewohnheiten: <sup>⑤</sup>                                                                                        | _____                                                                                                      | _____                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                            |                                  |
| <b>relevante vitale Funktionen:<sup>⑥</sup></b><br><br>- Beschwerden: <sup>⑦</sup><br><br>- Maßnahmen: <sup>⑧</sup> | <b>HERZ/KREISLAUF:</b><br>_____<br>_____                                                                   | <b>ATMUNG:</b><br>_____<br>_____ |
|                                                                                                                     | <b>KÖRPERTEMPERATUR:</b><br>_____<br>_____                                                                 |                                  |

|                                                          |                                                                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>5. Schlaf und Ruhe</b>                                |                                                                          |
| <b>Schlaf-<sup>①</sup>/Ruhegewohnheiten<sup>②</sup>:</b> | _____                                                                    |
| - Schlafhilfen/Schlafrituale: <sup>③</sup>               | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? _____ |
| <b>Schlafstörungen:<sup>④</sup></b>                      | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche? _____ |
| - beeinträchtigende Faktoren: <sup>⑤</sup>               | _____                                                                    |

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6. Denken und Wahrnehmen (Kognition und Perzeption)</b>                                                                                          |                                                                                                                               |
| <b>Bewußtseinslage:<sup>①</sup></b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert: _____                                       | <b>Urteilsvermögen / Gedankenfluß:<sup>④</sup></b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abweichend: _____ |
| <b>Orientierung:<sup>②</sup></b> <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert: _____                                  | _____                                                                                                                         |
| <b>Gedächtnis / Aufmerksamkeit / Konzentrationsvermögen:<sup>③</sup></b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abweichend: _____ | - psychotisches Erleben: <sup>⑤</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                               |

○ Bei den hochgestellten Ziffern handelt es sich um Verweise auf den Anamneseleitfaden

| Einschränkungen:                                                                                                            | SEHEN <sup>⑥</sup> | HÖREN <sup>⑦</sup> | KÖRPERGEFÜHL/SENSIBILITÄT <sup>⑧</sup> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?                                                          | <hr/>              | <hr/>              | <hr/>                                  |
| - Hilfsmittel/Bewältigungsstrategien:                                                                                       | <hr/>              | <hr/>              | <hr/>                                  |
| <b>Schmerzen:</b> <sup>⑨</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                                    | <hr/>              |                    |                                        |
| <hr/>                                                                                                                       |                    |                    |                                        |
| <b>Kommunikation:</b> Muttersprache: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: <hr/>                |                    |                    |                                        |
| primäre Ausdrucksweise: <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> andere: <sup>⑩</sup> <hr/>                |                    |                    |                                        |
| Sprachmuster: <sup>⑪</sup> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abweichend: <hr/>                       |                    |                    |                                        |
| Sprachverständnis: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert: <sup>⑫</sup> <hr/>                   |                    |                    |                                        |
| inhaltliche Ausdrucksfähigkeit: <sup>⑬</sup> <input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> eingeschränkt: <hr/> |                    |                    |                                        |

|                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>7. Selbstbild und Selbstkonzept</b>                                                                                            |  |
| Zufriedenheit mit der eigenen Person/Erscheinung/Persönlichkeitsentfaltung: <sup>①</sup> <hr/>                                    |  |
| Äußerung existenzfördernder Erfahrungen: <sup>②</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?: <hr/>   |  |
| Äußerung existenzgefährdender Erfahrungen: <sup>③</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?: <hr/> |  |
| - Auswirkungen/Bewältigungsstrategien: <sup>④</sup> <hr/>                                                                         |  |

|                                                                                                                       |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>8. Rolle und Beziehung</b>                                                                                         |                                                                                                                     |
| Bezugspersonen/Angehörige: <sup>①</sup> <hr/>                                                                         | pfleg. Auskunft darf erteilt werden: <sup>②</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja         |
| Wünsche bezgl. <b>Besuchsregelung</b> : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?: <hr/>     |                                                                                                                     |
| berufl. Tätigkeit: <sup>③</sup> <hr/>                                                                                 | Probleme im sozialen Umfeld: <sup>④</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?: <hr/> |
| Ressourcen im sozialen Umfeld: <sup>④</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?: <hr/> |                                                                                                                     |
| <hr/>                                                                                                                 |                                                                                                                     |

○ Bei den hochgestellten Ziffern handelt es sich um Verweise auf den Anamneseleitfaden

### 9. Sexualität und Fortpflanzung (Reproduktion)

Probleme und Einschränkungen:<sup>①</sup> \_\_\_\_\_

Schwangerschaften / Geburten:<sup>②</sup> \_\_\_\_\_

### 10. Bewältigungsverhalten (Coping) und Streßtoleranz

Probleme bezgl. **poststationärer Betreuung**:<sup>①</sup> ☐ Nein ☐ Ja. Welche? \_\_\_\_\_

Hinweise auf erhöhtes **Suizid-** und/oder **Aggressionspotential**:<sup>②</sup> ☐ Nein ☐ Ja. Welche? \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich häufig gestreßt:<sup>③</sup> ☐ Nein ☐ Ja \_\_\_\_\_

- Umgang mit Streßsituationen:<sup>④</sup> \_\_\_\_\_

### 11. Werte und Überzeugungen

Wünsche hinsichtlich **Religion/kultureller Gewohnheiten**: ☐ Nein ☐ Ja. Welche?<sup>①</sup> \_\_\_\_\_

### Zusammenfassende Problembeschreibung:

---

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ Handzeichen: \_\_\_\_\_

○ Bei den hochgestellten Ziffern handelt es sich um Verweise auf den Anamneseleitfaden