



# DESKK-Erstgesprächs-/ Beobachtungsprotokoll

---

Name, Vorname (Kurzzeitpflegegast)	Geburtsdatum
Name, Vorname (Betreuer/in)	Telefonnummer

---

# DESKK-Erstgesprächs-/ Beobachtungsprotokoll

## Erläuterung und Ausfüllhinweise

Mit dem DESKK-Erstgesprächs-/ Beobachtungsprotokoll wird ein Erstgesprächsprotokoll, welches sich in der Kurzzeitpflege bewährt hat, mit einem Beobachtungsprotokoll über den Kurzzeitpflegegast kombiniert. Hierbei werden die üblichen SIS-orientierten Merkmale (strukturierte Informationssammlung) des Kurzzeitpflegegasts bei der Aufnahme aus Sicht des pflegenden Angehörigen erfragt (Erstgesprächsprotokoll). Anschließend wird während einer mindestens dreitägigen Beobachtungsphase in der Einrichtung der Kurzzeitpflegegast durch eine Pflegefachkraft erneut eingeschätzt (Beobachtungsprotokoll). Die zu erhebenden Daten des Beobachtungsprotokolls sind identisch zu denen des Erstgesprächsprotokolls und ihnen parallel gegenübergestellt. Die Items für das Erstgesprächsprotokoll finden Sie jeweils auf der linken Seite des Dokuments und die Items für das Beobachtungsprotokoll **GRÜN** schattiert auf der rechten Seite. Es werden jedoch nicht zu jedem Inhaltsbereich des Erstgesprächsprotokolls auch Daten für das Beobachtungsprotokoll benötigt.

Unter jedem Themenfeld des DESKK-Erstgesprächs-/ Beobachtungsprotokoll finden Sie ein Freitextfeld, in dem Sie bei Bedarf pflegerelevante Merkmale und Auffälligkeiten des Kurzzeitpflegegasts im Detail beschreiben können. Durch den direkten Vergleich zwischen Erstgesprächs- und Beobachtungsprotokoll haben Sie die Gelegenheit, pflege- und beratungsrelevante Informationen für die Vorbereitung der DESKK-Beratung auszuarbeiten.

Weitere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Handbuch des DESKK-Beratungsprogramms.

## **PFLEGENDER ANGEHÖRIGE/R**

<b>Vollmachten/ Verfügungen:</b>		
Vorsorgevollmacht:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt: .....
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt: .....
Gesetzliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**Fragen zu Beratungsangeboten:**

Welche unserer Angebote haben Sie bereits genutzt?

- Demenzberatung während der Kurzzeitpflege
- Demenzsprechstunde
- Häusliche Schulung
- Angehörigengruppe
- Angehörigenkurs

Über welche Themen würden Sie gerne beraten werden?

- 1) Syndrom Demenz und medizinische Versorgung
- 2) Kommunikation und Umgang mit Menschen mit Demenz
- 3) Pflegerische Aufgaben in der Häuslichkeit
- 4) Betreuungs- und Entlastungsangebote (MmD/ Angehörige)
- 5) Finanzen und Pflegeleistungen
- 6) Rechtliche Belange
- 7) Technische Hilfsmittel und Wohnumfeld-Verbesserung
- 8) Soziales Umfeld (MmD/ Angehörige)
- 9) Psychosoziale Situation des pflegenden Angehörigen
- 10) Weiteres: .....

Termin für erste Demenzberatung am ..... um ..... Uhr!

Ansprechpartner für ggf. auftretende Rückfragen: .....

**Keine besonderen Wünsche angeben!**

Besitzen Sie bestimmte gesundheitliche Einschränkungen, welche Sie im pflegerischen Alltag zusätzlich beeinträchtigen?

.....  
.....

Was können wir für Sie tun, bzw. welche Erwartungen haben Sie an uns?

.....  
.....

Was beschäftigt Sie in letzter Zeit besonders stark?

.....  
.....

**MENSCH MIT DEMENZ**

Was können wir für Ihren Angehörigen tun?

.....  
.....

# Themenfeld 1: kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
<b>Kommunikation ohne Einschränkungen möglich</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche Einschränkungen liegen vor:      Wenn ja, welche Einschränkungen liegen vor: ..... ..... .....	
<b>Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Sonstige: .....	
<b>Allgemeine Bewusstseinslage:</b> <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> ansprechbar <input type="checkbox"/> ansprechbar <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> schläfrig	
<b>Schlafgewohnheiten:</b> ..... ..... .....	<b>Beobachtete Schlafmerkmale:</b> ..... ..... .....
<b>Orientierungsstörungen:</b>	
zeitlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise
örtlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise
persönlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise
situativ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise

Erstgesprächsprotokoll		Beobachtungsprotokoll	
<b>Herausforderndes Verhalten:</b>			
motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> zeitweise	
Agitiertheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> zeitweise	
abwehrendes Verhalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> zeitweise	
Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> zeitweise	
Rückzugstendenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> zeitweise	
Apathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> zeitweise	
<b>Liegt ggf. weiteres oder besonderes (herausforderndes) Verhalten vor/ in welchen Situationen tritt das Verhalten auf?</b>			
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
<b>Fixierung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wenn ja, welche: .....			
<b>Richterliche Genehmigung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

**Pflegerelevante Merkmale und Auffälligkeiten Themenfeld 1**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Themenfeld 2: Mobilität & Beweglichkeit

Welchen Aktivitäten und/oder Hobbys geht Ihr Angehöriger zu Hause noch nach oder hat dies zu-  
mindest lange Zeit getan? → bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Tanzen <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Hausarbeit <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Fußball <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Bowling <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Fahrrad fahren <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Handball <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> PC-Spiele <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Kraftsport <sup>1,2</sup>	<input type="checkbox"/> Musizieren <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Gymnastik <sup>1,2</sup>	<input type="checkbox"/> Turnen <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> Malen <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Nähen/ Häkeln <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Basteln <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> (Tisch)tennis <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Nichts von alledem, sondern: .....	

Hinweis an Mitarbeiter: Bitte wählen Sie Übungen aus, die am ehesten dem Sonderwunsch entsprechen.

<sup>1</sup> → siehe „**untere Extremität**“ im „DESKK-Poster“ oder dem Dokument „Übungsauswahl“

<sup>2</sup> → siehe „**obere Extremität**“ im „DESKK-Poster“ oder dem Dokument „Übungsauswahl“

Gibt es einen zentralen Wunsch, den Sie in Bezug auf die Mobilität Ihres Angehörigen haben? Was soll er optimaler Weise wieder besser können?

Folgendes:

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

Erstgesprächsprotokoll		Beobachtungsprotokoll
<b>Selbstständigkeit bei Bewegungsprozessen</b>		
<b>ADL-Bewegungen</b>	<b>Selbstständigkeit / Hilfsmittel</b>	
Aufstehen oder Umsetzen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
	Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Aufrichthilfe <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Aufrichthilfe <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe
Gehen → ebene Fläche	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
	Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Easy-Walker	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Easy-Walker
Gehen → unebene Fläche	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
	Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Personal
Treppen steigen	ca.: _____ Anzahl Stufen <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig	ca.: _____ <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig
	Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Personal

### Therapeutische Angebote:

Bisher genutzte Heilmittel	Umfang der Therapie (Anzahl pro Woche)	Art des Rezeptes Einzelrezept (6x) oder Dauerrezept	Therapie-Schwerpunkte (Inhalte)
Ergotherapie			
Physiotherapie			
Logopädie			
Kontaktdaten/ Sonstiges (Freitext): .....			
Weiterführung bisheriger <b>therapeutischer Angebote</b> in KZP:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art des Therapieangebots: .....			
Wunsch nach <b>Beginn therapeutischer Angebote</b> in KZP:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art des Therapieangebots: .....			
Start von <b>Physiotherapie</b> in KZP:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beginn am: .....			
Start von <b>Ergotherapie</b> in KZP:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beginn am: .....			

Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
<b>Mobilitätsassoziierte Komplikationen, z. B. Stürze in der Vergangenheit?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche: ..... ..... .....	Wenn ja, welche: ..... ..... .....
Wie lange liegt das Ereignis zurück: vor ca. <input type="text"/> Monate	Wann geschah das Ereignis: Datum <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<b>Wurden daraus therapeutische Konsequenzen gezogen/ vorbeugende Maßnahmen eingeleitet (Medikation, Protektorenhosen, Fixierung)?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche: ..... ..... .....	Wenn ja, welche: ..... ..... .....



Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
Sollten nach der Entlassung aus der KZP daraus therapeutische Konsequenzen gezogen/ vorbeugenden Maßnahmen eingeleitet werden (Medikation, Protektorenhosen, Fixierung)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche:	Wenn ja, welche:
..... ..... .....	..... ..... .....
<b>Kompressionsstrümpfe:</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Pflegerrelevante Merkmale und Auffälligkeiten Themenfeld 2**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Themenfeld 3: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
<b>Welche Erkrankungen führen zu besonderen Belastungen?</b>	
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
<b>Bekannte Schmerzzustände:</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja:	Wenn ja:
Wo: .....	Wo: .....
Wie: .....	Wie: .....
Wodurch: .....	Wodurch: .....
Wann: .....	Wann: .....
Ursache: .....	Ursache: .....
.....	.....
.....	.....
<b>Sind Allergien bekannt? / Wurden weitere Allergien festgestellt?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche:	Wenn ja, welche:
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### Pflegerelevante Merkmale und Auffälligkeiten Themenfeld 3

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Themenfeld 4: Selbstversorgung

Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
<b>Prothesen/ Teilprothesen/ Implantate:</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche:	Wenn ja, welche:
<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> oben
<input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/> unten
<b>Bestehen Hautauffälligkeiten?/ Wurden weitere Hautauffälligkeiten festgestellt?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche:	Wenn ja, welche:
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Körper- pflege	Grad der Selbstständigkeit	
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Rasieren/ Frisieren	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Finger- nägel-/ Fußnägel schneiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Zahnpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Weiteres: .....	Weiteres: .....	
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig

Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
<b>Bewährte Hilfestellungen/ Gewohnheiten für Körperpflege-Prozesse:</b> ..... ..... ..... ..... .....	<b>Hilfestellungen für Körperpflege-Prozesse, die in der Häuslichkeit fortzuführen sind:</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Medizinische Fußpflege:</b> <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt
<b>Frisör:</b> <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt

Kleiden	Grad der Selbstständigkeit	
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Kleiderauswahl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
<b>Gewohnheiten/ Vorlieben:</b> .....		

<b>Ernährung/ Ernährungszustand:</b> <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Normalgewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____	<input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Normalgewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht _____ kg _____
<b>Schluckstörungen:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Erstgesprächsprotokoll		Beobachtungsprotokoll	
Speisen-/Getränke	Grad der Selbstständigkeit		
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Trinkverhalten	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig
	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstständig
	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig

<b>Kostform:</b> <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sonderkost Falls Sonderkost, welche: .....	
<b>Vorlieben/ Gewohnheiten (z.B. Getränke, Püriertes, ...):</b> ..... ..... .....	<b>Wurden weitere Vorlieben/ Gewohnheiten festgestellt:</b> ..... ..... .....
<b>Lebensmittelunverträglichkeiten/ Weiteres:</b> ..... ..... .....	<b>Wurden weitere Lebensmittelunverträglichkeiten/ Weiteres festgestellt:</b> ..... ..... .....

## Ausscheidungen

Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
<b>Harninkontinenz:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja
<b>Stuhlinkontinenz:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja
<b>Inkontinenzmaterial tagsüber (Stuhlinkontinenz):</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches: ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches: ..... ..... .....
<b>Inkontinenzmaterial nachts (Stuhlinkontinenz):</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches: ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welches: ..... ..... .....
<b>Stuhlgang:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung
<b>Sonstiges:</b> ..... ..... .....	..... ..... .....

Erstgesprächsprotokoll		Beobachtungsprotokoll	
<b>Toilettengang – Einschätzung/ Hilfsmittel:</b>			
Benutzung von:	Hilfestellung:	Benutzung von:	Hilfestellung:
<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Pflegerelevante Merkmale und Auffälligkeiten Themenfeld 4**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen

Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
<b>Möglichkeiten/ Fähigkeiten des MmD Kontakte zu gestalten (innerhalb der KZP)</b>	
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
<b>Wertvorstellungen und/ oder religiöse Aspekte:</b>	
.....	.....
.....	.....
.....	.....
<b>Wichtige biografische Informationen/ Worauf ist der MmD stolz in seinem Leben?</b>	
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
<b>Prägende Ereignisse mit Auswirkungen auf die Gegenwart, z. B. Ängste/ Sorgen:</b>	
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### Pflegerrelevante Merkmale und Auffälligkeiten Themenfeld 5

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Themenfeld 6: Wohnen und Häuslichkeit

Erstgesprächsprotokoll	Beobachtungsprotokoll
<b>Bisherige Alltagsgestaltung:</b> ..... ..... .....	<b>Ausblick Alltags- und Freizeitgestaltung zu Hause:</b> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Bisherige Freizeitgestaltung/ Interessen:</b> ..... ..... .....	

**Pflegerelevante Merkmale und Auffälligkeiten Themenfeld 6**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Protokollant Erstgespräch	Protokollant Beobachtungsprotokoll
Datum	Datum
Name, Vorname	Name, Vorname

**Welche Apotheke soll für die Dauer der KZP Medikamente liefern?**

Apotheke im Facharztzentrum:  gewünscht  nicht gewünscht

Eigene Lieferapotheke: .....

Name: .....

Tel. Nr. : ..... Fax Nr.: .....

**Hinweis:**

Angehörige besorgen Rezepte und Medikamente auch in Akutsituationen selbst!

Abgesprochener Anreiseternin: .....

**Betrifft Kurzzeitpflegegäste**

**Für die Verwaltung:**

- 1. Die Finanzierung des Eigenanteils (Kosten für Unterkunft und Verpflegung) ist gesichert und erfolgt aus dem Barvermögen bzw. der Rente.
- 2. Die Finanzierung des Eigenanteils (Kosten für Unterkunft und Verpflegung) erfolgt über das zuständige Sozialamt. Die Angehörigen haben sich oder werden sich mit dem Sozialamt in Verbindung setzen.

---

Mitarbeiter für das Protokoll  
oder Vertreter

---

Bewohner/Kurzzeitpflegegast

**Eine Kopie dieser Seite des Erstgesprächsprotokolls erhält die Verwaltung.**