**Soziales Assessment** - Screening -

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name:** |  |  |  |
|  | Bezugsperson/Betreuer:………………………………… |  |  |
|  | Tag der Aufnahme:……………………………… |  |  |
|  | Tag der Entlassung:……………………………….. |  |  |
| Diagnosen: |  |
| (Barthel-Index, MMSE) | **Handlungsbedarf:**ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ja erled. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **Bisherige Wohnverhältnisse:**

## Lebensform: alleine Partner/Familie Sonstige/Nachbarn

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

 Privatwohnung: ..........................................................................................................................

(Haus, Mietwohnung, ... )

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

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

 (Treppen, Sanitär, Heizung, Stockwerke, Stolperfallen, Warmwasser, rollstuhlgeeignet, Möbel, ... )

 Pflegeheim Seniorenheim (ohne Pflegestufe) Betreutes Wohnen Sonstiges

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

1. **Bisherige Versorgung:**

pflegerische Versorgung:

 selbstständig familiäre Hilfe ambulante Dienste

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

hauswirtschaftliche Versorgung:

 selbstständig familiäre Hilfe ambulante Dienste

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

Essen auf Rädern: ja …………………………… nein

Notruf: ja……………………………. nein

vorhandene Hilfsmittel: □ Handstock □ Stützen □ Rollator □ Rollstuhl □ elektr. Rollstuhl □ Pflegebett □ Galgen

□ Toilettensitzerhöhung □ Toilettenstuhl □ Duschhocker □ Badewannenlifter □ Badewannenbrett □ Haltegriffe □ Rampe

□ Treppenlift □ sonstige..........................................................................................................................

1. **Soziales Umfeld:** ....................................................................................................................

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

(z. B. intakt, problematisch, unklar, Pat. kann keine Auskunft geben)

1. **Sozialrechtliche Situation:** Betreuungsleistungen nein ja, 100/200 € beantragt

Pflegestufe: ja; Stufe: ............. nein beantragt

Patientenverfügung ja nein Vorsorgevollmacht: nein ja ………………………..

unter Betreuung: ja ……………………………. nein angeregt

SchwG/Blindengeld: ja; GdB: ...... Mz: ............... nein beantragt

Zuzahlungsbefreiung: ja nein chron. Erkrankung beantragt

Sozialhilfe/Wohngeld: ja …………………………… nein beantragt

Sonstiges:

(z. B. Autofahren nach Schlaganfall, Rente, ... )…………………………………………………………………………………………………..

1. **Häusliche/außerhäusliche Aktivitäten:**…………………………………………………………………

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

1. **Interessen:**………………………………………………………………………………......

**7. Selbsteinschätzung/Ziel, Wunsch des Patienten/der Angehörigen** .......................................................................................................................................................

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

**8. Bemerkungen/Sonstiges:** (z. B.. Einschätzung des Sozialdienstes, Handlungsschritte, Fremdanamnese, erste Zielsetzung)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….