

Name der Einrichtung:	
Datum:	
Name der versorgten Person:	
weitere teilnehmende Personen:	

Ist die versorgte Person mit dem Besuch in seinem Zimmer einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Ist eine verbale/nonverbale Kommunikation möglich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Wirkt die versorgte Person zum Zeitpunkt des Gespräches orientiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:			

Bewohnendenbezogene Feststellungen		
Die versorgte Person befindet sich in einem augenscheinlich gepflegten Zustand	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Nägel im Sichtbereich wirken gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Haare wirken gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Liegen Hämatome im Sichtbereich vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, wo und warum?		
Kleidung der versorgten Person ist der Temperatur angemessen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Kleidung der versorgten Person wirkt sauber und gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		

Aktuell Anwendung von FEM?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, was und warum?		
Liegt eine gültige Legitimation vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anderweitige Auffälligkeiten:		
Erläuterung:		

Räumliche Ausstattung		
Das Zimmer der versorgten Person wirkt individuell eingerichtet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
(wenn feststellbar) Im Zimmer besteht die technische Möglichkeit zum Anschluss von:		
Telefon	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
TV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Radio	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Internet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rufanlage im Zimmer vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bedienbarkeit der Rufanlage vom Bett aus möglich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Die Bedienbarkeit der Lichtschalter ist auch vom Bett aus gegeben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Es steht ein abschließbares Fach zur Verfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Die sanitären Anlagen verfügen über geeignete Haltegriffe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Rufanlage im Sanitärbereich ist vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verlängerung der Rufanlage hängt max. 30 cm über den Boden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zimmer ist verschließbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sanitärraum ist verschließbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:		

Gesprächseinstieg		
Seit wann leben Sie in der Einrichtung?		
Fühlen Sie sich in der Einrichtung wohl?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Bemerkungen:		

wertschätzender Umgang		
Sind die Mitarbeitenden höflich und freundlich? Fühlen Sie sich wertgeschätzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, wie äußert sich das?		
Nehmen sich die Mitarbeitenden ausreichend Zeit für Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Mitarbeitende mit denen Sie Sie nicht zurechtkommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum nicht?		
Dürfen Sie selbst entscheiden, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dürfen Sie selbst entscheiden, ob die Mitarbeitenden Sie mit „Sie“ oder „Du“ ansprechen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Klopfen alle Mitarbeitenden vor Betreten Ihres Zimmers an?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Sicherheit – Rufanlage		
Wenn Sie Hilfe brauchen, wie informieren Sie die Mitarbeitenden?		
Empfinden Sie den Zeitraum, den Sie nach dem Klingeln auf einen Mitarbeitenden warten müssen, angemessen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		

Bemerkungen:

Betreuung

Werden Ihnen mehrmals wöchentlich Beschäftigungsangebote unterbreitet?

Ja

Nein

Welche Beschäftigungsangebote werden Ihnen normalerweise unterbreitet?

Woher wissen Sie, welche Angebote stattfinden?

Wissen Sie, wo die Angebotspläne (falls vorhanden) aushängen?

Sind Sie mit den Betreuungsangeboten zufrieden? Entsprechen sie Ihren Interessen?

Ja

Nein

Können Sie Ihre Wünsche und Vorschläge hinsichtlich der Beschäftigungsangebote einbringen?

Ja

Nein

Wird Ihnen der Aufenthalt im Freien ermöglicht?

Ja

Nein

Bemerkungen:

Gewaltschutz

Wurde Ihnen eingeforderte Hilfe schon einmal verwehrt?

Ja

Nein

Wenn ja, wie äußerte sich das?

Wurden Sie schon einmal herabwürdigend oder genervt durch Mitarbeiter angesprochen?

Ja

Nein

Wurden Sie während der Pflege schon einmal so derb angefasst, dass Ihnen dies unangenehm war?

Ja

Nein

Haben Sie es schon einmal vermieden um Hilfe zu fragen, weil Sie Angst haben zu stören?

Ja

Nein

Wurden Sie auf das Gewaltschutzkonzept der Einrichtung aufmerksam gemacht?

Ja

Nein

Bemerkungen:

Beschwerdemanagement		
Wurden Sie darüber informiert, dass Sie sich beschweren können?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
An wen wenden Sie sich, wenn Ihnen etwas nicht gefällt oder wenn es Probleme gibt?		
Kennen Sie die Sprechzeiten der Verantwortlichen? Oder wissen Sie wie und wo Sie diese erreichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie sich schon einmal beschwert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, worüber haben Sie sich beschwert?		
Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Verwaltung von Geldern und Wertsachen		
Werden durch die Einrichtung Gelder oder Wertsachen von Ihnen verwaltet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie können Sie sich Ihre Gelder auszahlen lassen?		
Bemerkungen:		

Transparenz- und Informationspflichten		
Wurden Sie in Kenntnis gesetzt, dass Sie in den Prüfbericht der zuständigen Behörde Einsicht nehmen können?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Beteiligungs- und Einsichtsrechte		
Werden Sie in die Erstellung und Durchführung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmenplanung mit einbezogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie jederzeit Besuch empfangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie Ihren Wohnraum selbst gestalten und möblieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie einen eigenen Zimmerschlüssel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
<i>Wenn die versorgte Person in einem Doppelzimmer lebt: Haben Sie das Recht über die Belegung mitzuentcheiden?</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Nur bei versorgten Personen in Doppelzimmern: Kennen Sie Ihr Mitentscheidungsrecht?</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Teilhabe am Leben der Gemeinschaft und selbstständige Lebensführung		
Können Sie an Veranstaltungen der örtlichen Gemeinschaft teilnehmen bzw. werden Sie dabei unterstützt? (z. B. kulturelle Veranstaltungen, örtliche Feste, Wochenmarkt etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gehören Sie einer Konfession an?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wird Ihnen die Ausübung Ihres Glaubens ermöglicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		
Mahlzeiten/Getränke		
Können Sie entscheiden, wo Sie Ihre Mahlzeiten einnehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Frühstück und dem Abendbrot in der Einrichtung zufrieden? (<i>Gesprächshinweis: Erläuterung zu Menge, Geschmack, Temperatur und Abwechslung</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Sind Sie mit dem Mittagessen in der Einrichtung zufrieden? (<i>Gesprächshinweis: Erläuterung zu Menge, Geschmack, Temperatur und Abwechslung</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Wissen Sie, wo die Speisepläne hängen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie bei der Speiseversorgung verschiedene Auswahlmöglichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wird Ihnen auf Wunsch frisches Obst und Gemüse angeboten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Können Sie Ihre Wünsche und Vorschläge hinsichtlich der Mahlzeitenversorgung einbringen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Ihrerseits Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Mahlzeiten?		
Bemerkungen:		
Körperpflege		
Können Sie selbst über den Zeitpunkt der eigenen Körperpflege entscheiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Werden bei der Körperpflege Ihre Gewohnheiten berücksichtigt (eigenes Deo, Gesichtscreme, Rasierwasser etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie entscheiden, wie häufig Sie duschen bzw. baden möchten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Bemerkungen:		

Gesprächsabschluss
Haben Sie noch Fragen oder Wünsche an uns? Sorgen?