

Ärztlicher Fragebogen

---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Behandelnde Ärzte**Hausarzt: \_\_\_\_\_ Betreuung auch weiter  ja  nein Tel.: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Diagnosen**

---

---

---

**Medikamente**

---

---

---

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg RR: \_\_\_\_\_ BZ: \_\_\_\_\_ mg%

**Allergie**  ja \_\_\_\_\_  nein**Herzschrittmacher**  ja nächste Kontrolle am: \_\_\_\_\_  nein**Bewusstseinslage** wach  ansprechbar  somnolent  komatös

**Kommunikation**Sprache eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_  neinSehen eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_  neinGehör eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_  nein**Hilfsmittel**  Brille  Hörgerät  Andere: \_\_\_\_\_**Gerontopsychiatrische Veränderungen** nicht vorhanden  Abwehrverhalten  motorische Unruhe  antriebslos weitere Verhaltensauffälligkeiten**Orientierung**Zum Ort  ja  nein  zeitweiseZur Situation  ja  nein  zeitweiseZur Zeit  ja  nein  zeitweiseZur Person  ja  nein  zeitweise**Schlaf**Schlafstörung  ja \_\_\_\_\_  nein**Mobilität**Gehen selbständig  ja  nein  mit HilfeStehen selbständig  ja  nein  mit HilfeTreppen steigen selbständig  ja  nein  mit HilfeSitzen selbständig  ja  nein

- Lagerungswechsel    selbständig     ja     nein
- Bettlägerigkeit     ja     nein     zeitweise
- Spastik     ja    wo: \_\_\_\_\_
- Kontrakturen     ja    wo: \_\_\_\_\_
- Amputationen     ja    wo: \_\_\_\_\_
- Hilfsmittel     Rollator     Gehbock     Rollstuhl     Prothese
- andere    \_\_\_\_\_

**Körperpflege**

ohne Hilfe    Teilübernahme    Vollübernahme

- |                  |                          |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Waschen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen/Baden    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahn-/Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kämmen           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- Auskleiden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ernährung**

Hilfestellung bei der

- Nahrungsaufnahme     nein     teilweise     unter Anleitung     Essen eingeben
- Mundgerechte Zubereitung     nein     teilweise     unter Anleitung     Übernahme
- Hilfsmittel     PEG     Sonstige \_\_\_\_\_

**Ausscheidungen**

- Harninkontinenz     nein     ja
- Dauerkatheter     nein     ja    zuletzt gewechselt am: \_\_\_\_\_
- Stuhlinkontinenz     nein     ja
- Anus praeter     nein     ja

Obstipation  nein  jaDiarrhoe  nein  ja**Dekubitus**  nein  ja Lokalisation/Grad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Weitere Wunden**  nein  ja Lokalisation/Wundart \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Suchtkrankheiten**Nikotin  nein  jaAlkohol  nein  jaMedikamente  nein  ja welche \_\_\_\_\_Andere Abhängigkeiten  nein  ja welche \_\_\_\_\_**Ansteckende Krankheiten**Ansteckenden Krankheiten  nein  ja, welche \_\_\_\_\_Ausscheider von Krankheitserregern  nein  ja, welche \_\_\_\_\_MRSA  nein  jaNoro Viren  nein  jaTBC  nein  ja

Letzte Thoraxaufnahme vom \_\_\_\_\_ Befund \_\_\_\_\_

Rehabilitationspotenzial  nein  ja welche \_\_\_\_\_**Therapien** Krankengymnastik  Ergotherapie  Logopädie Andere \_\_\_\_\_

**Besonderer Pflegebedarf**

- |                               |                               |                             |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Sauerstoffgabe                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Versorgung der Trachealkanüle | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Subcutane Infusion            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Venöser Zugang                | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Dialyse                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Weitere Besonderheiten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum    Unterschrift und Stempel des Arztes