

Ärztlicher Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Behandelnde ÄrzteHausarzt: _____ 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

KommunikationSprache 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 ja
Diarrhoe nein ja

Dekubitus nein ja Lokalisation/Grad _____

Weitere Wunden nein ja Lokalisation/Wundart _____

Suchtkrankheiten

Nikotin nein ja

Alkohol nein ja

Medikamente nein ja welche _____

Andere Abhängigkeiten nein ja welche _____

Ansteckende Krankheiten

Frei von ansteckenden Krankheiten nein, ja, welche _____

Ausscheider von Krankheitserregern nein, ja, welche _____

Frei von MRSA nein ja

Frei von Noro Viren nein ja

Frei von TBC 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