

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

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 neinLagerungswechsel selbständig ja nein

Hinlauf-/ Weglauftendenz nein jaBettlägerigkeit ja nein zeitweiseSpastik ja wo: _____Kontrakturen ja wo: _____Amputationen ja wo: _____Hilfsmittel Rollator Gehbock Rollstuhl Prothese andere _____**Körperpflege**

ohne Hilfe Teilübernahme Vollübernahme

Waschen Duschen/Baden Zahn-/Mundpflege Rasieren Kämmen An-/Auskleiden **Ernährung**

Hilfestellung bei der

Nahrungsaufnahme nein teilweise unter Anleitung Essen eingebenMundgerechte Zubereitung nein teilweise unter Anleitung ÜbernahmeHilfsmittel PEG Sonstige _____**Ausscheidungen**Harninkontinenz nein jaDauerkatheter 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

Ansteckenden Krankheiten nein ja, welche _____
Ausscheider von Krankheitserregern nein ja, welche _____
MRSA nein ja
Noro Viren nein ja
TBC nein ja
Letzte Thoraxaufnahme vom _____ Befund _____
Rehabilitationspotenzial nein ja welches _____

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