



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 _____ nein

Sehen eingeschränkt ja _____ nein

Gehör eingeschränkt ja _____ nein

Hilfsmittel Brille Hörgerät Andere: _____

Gerontopsychiatrische Veränderungen

nicht vorhanden Abwehrverhalten motorische Unruhe antriebslos

weitere Verhaltensauffälligkeiten Weglauftendenz

Orientierung

Zum Ort ja nein zeitweise

Zur Situation ja nein zeitweise

Zur Zeit ja nein zeitweise

Zur Person ja nein zeitweise

Schlaf

Schlafstörung ja _____ nein

Mobilität

Gehen selbständig ja nein mit Hilfe

Stehen selbständig ja nein mit Hilfe

Treppen steigen selbständig ja nein mit Hilfe

Sitzen 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

Duschen/Baden

Zahn-/Mundpflege

Rasieren

Kämmen

An- Auskleiden

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

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 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

