

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnosen:

Verordnete Medikamente: bitte als Datenausdruck beifügen (mit Unterschrift des Arztes)

Verordnete Bedarfsmedikation: bitte als Datenausdruck beifügen (mit Unterschrift des Arztes)

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Aufstehen aus dem Bett / Zu Bett gehen				
Essen				
Waschen				
An-/Auskleiden				
Frisieren /Rasieren				
Toilettengang				

Ist der/die Patient/in desorientiert:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeitlich				
Situativ				
Örtlich				
Persönlich				
Unruhe am Tag				
Nächtliche Unruhe				

Angaben zur Demenz bzw. psych. Besonderheiten:	Ja	Nein
Liegt ein dementielles Syndrom vor		
Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer Demenzerkrankung		
Ist der/die Patient/in weglaufgefährdet		
Benötigt der/die Patient/in ständige Überwachung und Kontrolle		
Psych. Beeinträchtigung (wenn ja, welche _____)		
Suizidgefahr (in der Vergangenheit? bzw. aktuell)		

Liegt eine Inkontinenz vor:	Ja	Nein
Harninkontinenz		
Blasenkatheter		
Stuhlinkontinenz		
Anus praeter Versorgung		

Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich:	Ja	Nein
Injektion		
Wundbehandlung		
Kompressionsverbände		
Magensonde / PEG		
Tracheostoma		
Sauerstoff-Gabe		

Angaben zu chron. Erkrankungen bzw. Besonderheiten	Ja	Nein
Diabetes mellitus (insulinpflichtig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>)		
Schonkost (wenn ja, welche _____)		
Multiple Sklerose		
Parkinson		
Allergien (wenn ja, welche _____)		
Hepatitis		
Suchterkrankung (wenn ja, welche _____)		
Tbc, MRE, HIV, Körperlästlinge, Andere: _____ (bitte kennzeichnen)		

Von welchen Einschränkungen ist der/die Patient/in in der körperl. Leistungsfähigkeit betroffen				
Sehvermögen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> blind
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> Hör- gerät	<input type="checkbox"/> taub
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Störung vorhanden		<input type="checkbox"/> stumm
Mobilität	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> Roll- stuhl
Lähmungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, _____		
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, _____		
Dekubitalgeschwüre	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, _____		
Amputationen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, _____		

Angaben zur Schmerzsituation	Ja	Nein
Leidet der/die Patient/in an akuten Schmerzen		
Leidet der/die Patient/in unter chronischen Schmerzen		
Aktuelle Schmerzbehandlung Wenn ja, welche:		

Begründung für die Aufnahme in unsere Einrichtung	Ja	Nein
Fehlen einer Pflegeperson		
Pflegebereitschaft möglicher Pflegeperson/en fehlt		
Drohende bzw. eingetretene Überforderung der Pflegeperson/en		
Drohende bzw. eingetretene Verwahrlosung des Patienten/der Patientin		
Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Patienten/der Patientin		
Häusliche Pflege wegen räumlicher Gegebenheiten nicht möglich		

Ort/Datum:	Arztstempel/Unterschrift:
------------	---------------------------