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

☐ **w**ach ☐ 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

_____

_____

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 welches _____

Therapien

☐ Krankengymnastik ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie

☐ Andere _____

Besonderer Pflegebedarf

Sauerstoffgabe	☐ nein	☐ ja
Versorgung der Trachealkanüle	☐ nein	☐ ja
Subcutane Infusion	☐ nein	☐ ja
Venöser Zugang	☐ nein	☐ ja
Dialyse	☐ nein	☐ ja

Impfstatus

Impfschutz Covid 19	☐ nein	☐ ja

Weitere Besonderheiten _____

_____

Datum Unterschrift und Stempel des Arztes