



Ärztlicher Fragebogen

vollstationäre Pflege und Betreuung

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus usw.):

Postleitzahl / Wohnort:

Straße / Hausnummer:

Krankenkasse: Pflegegrad:

Patientenverfügung ja (Kopie) nein

Allergien:.....

Impfungen:

Aufklärung über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen ist durchgeführt

Impfschutz ist vorhanden

Infektionskrankheiten:

Hepatitis ja nein Typ:

MRSA / ORSA ja nein Bemerkungen:

HIV ja nein Bemerkungen:

Lungen TBC ja nein

Andere Infektionskrankheiten - Wenn ja, welche:

Stomaversorgung ja nein Wenn ja, welche:

Befunde:

Größe.....cm Gewicht.....kg Ernährungszustand / BMI:

.....

Kostform: Normalkost Diätkost: welche.....

Sondennahrung: welche..... bes. Kostform: welche.....



Fragen zur Hilfebedürftigkeit

Benötigt Ihr Patient bei den folgenden Verrichtungen Hilfe?

<input type="checkbox"/> Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Aufstehen/Hinsetzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges; welche Hilfen:
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Frisieren/ggf. Rasieren	a)
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Spazieren gehen	b)
<input type="checkbox"/> Toilettenverrichtungen	<input type="checkbox"/> Medikamente verwalten	c)
<input type="checkbox"/> Mobil sein	<input type="checkbox"/> Medikamente nehmen	d)

Ressourcen Ihres Patienten, unseres künftigen Bewohners / Bewohnerin

Gefähigkeit vorhanden?	ja	nein	
Gehilfe erforderlich?	ja	nein	Falls ja: welche?
Treppensteigen möglich?	ja	nein	
Bettlägerigkeit?	ja	nein	Falls ja: zeitweise: häufig: ständig:
Urininkontinenz vorhanden?	ja	nein	Falls ja: zeitweise: häufig: ständig:
Stuhlinkontinenz vorhanden?	ja	nein	Falls ja: zeitweise: häufig: ständig:
Werden Inkontinenzartikel benötigt?	ja	nein	Falls ja: Einlagen: Katheter CH:
Patient örtlich orientiert?	ja	nein	Falls nein: zeitweise: ständig:
Patient zeitlich orientiert?	ja	nein	Falls nein: zeitweise: ständig:
Patient zu sich selbst orientiert?	ja	nein	Falls nein: zeitweise: ständig:
Patient weglaufgefährdet?	ja	nein	Falls ja: ständige Aufsicht erforderlich
Nachtverhalten/ Schlafen?	gut	unruhig	Problematisch:
Suchtverhalten?	ja	nein	Falls ja: Welche?

Ärztliche Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen!

Unterschrift des Arztes

Datum und Praxisstempel