

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

Bettlägerigkeit 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 jaAnus praeter nein ja

Obstipation nein jaDiarrhoe nein ja**Dekubitus** nein ja Lokalisation/Grad _____

Weitere Wunden nein ja Lokalisation/Wundart _____

SuchtkrankheitenNikotin nein jaAlkohol nein jaMedikamente nein ja welche _____Andere Abhängigkeiten nein ja welche _____**Ansteckende Krankheiten**Ansteckenden Krankheiten nein ja, welche _____Ausscheider von Krankheitserregern nein ja, welche _____MRSA nein jaNoro Viren nein jaTBC 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 |

Impfstatus

- | | | |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Impfschutz Covid 19 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|

Weitere Besonderheiten _____

Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes
-------	-------------------------------------