

Familienname ggf. Geburtsname _____

Vorname(n) _____ Geburtsdatum _____

- ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN -

1. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

2. Blutgruppe: _____ Blutdruck – R/R: _____ Puls: _____ Temperatur: _____

3. Allergien _____

4. Medikation _____

4a Regelmedikation – Name	Dosierung F. M. A. N.	Medikamentenform

4b Bedarfsmedikation – Name	Dosierung F. M. A. N.	Medikamentenform, Indikation max. Dosierung pro Tag

4c Injektionen – Name	Dosierung pro Tag	Zeitpunkt der Injektion	Injektionsart

4d Sonstiges _____

5. Verordnete Heil- und Hilfsmittel _____

6. Physiologische Therapien und Krankengymnastik _____

7. Beschäftigungs-/arbeits-, bewegungstherapeutische Maßnahmen _____

8. Körperliche Behinderung oder Störung (z.B. Lähmung, Amputation, Dekubitus, Kontrakturen)
Art – ggf. mit Foto belegen _____

9. Geistig-/seelische Behinderung oder Störung - Art

10. Diagnose

	nein	ja		Größe:
11. Dauerkatheter/suprapubischer Katheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gewechselt am:	
Stomaträger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gewechselt am:	
Trachealkanüle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gewechselt am:	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	kontrolliert am:	
Nährsonde/PEG-Sonde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gelegt am:	

Art der Sondennahrung _____

Flüssigkeitsbedarf pro Tag: _____ ml, kcal-Bedarf pro Tag: _____

Verabreichungsform:	<input type="radio"/> kontinuierlich	<input type="radio"/> portionsweise	bitte Zeitabstände angeben:
---------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

	nein	ja	
12. Zeitlich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges
Örtlich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges
Zur Person orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges
13. Nachts ruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn nein, Begründung
14. Ansteckende Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche?

15. Besondere Hinweise und Bemerkungen des Arztes

16. Der/die Patient(-in) / neigt nicht* zum Weglaufen und ist aus ärztlicher Sicht geeignet zur Unterbringung in stationären* / offenen* / beschützten* / geschlossenen* Einrichtung der Altenpflege / Altenhilfe*

Auf Grund der letzten Untersuchung des Patienten am _____ erfolgt die Erstellung dieses Fragebogens durch den unterzeichneten Arzt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

*zutreffendes bitte unterstreichen.

PFLEGEBERICHT

1. Körperpflege	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> durch Pflegepersonal
Ankleiden	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> durch Pflegepersonal
Rasieren / Frisieren	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> durch Pflegepersonal
Aufstehen aus dem Bett	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> durch Pflegepersonal
zu Bett gehen	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> durch Pflegepersonal
Benutzen der Toilette	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> durch Pflegepersonal

2. Essen	selbstständig <input type="radio"/>	herrichten <input type="radio"/>	Essen Training <input type="radio"/>	durch Pflegepersonal <input type="radio"/>
3. Trinken	selbstständig <input type="radio"/>	anbieten <input type="radio"/>	Becher mit Hilfe greifen <input type="radio"/>	durch Pflegepersonal <input type="radio"/>

4. Mobilität	geht frei <input type="radio"/>	geht mit Gehilfe <input type="radio"/>	mit Hilfe Mobilisation <input type="radio"/>	durch Pflegepersonal <input type="radio"/>
4.1 gehfähig?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			

5. Stuhlgang .	normal <input type="radio"/>	neigt zu Diarrhö/Obstipation <input type="radio"/>	Training erforderlich <input type="radio"/>	kontinent <input type="radio"/>	inkontinent <input type="radio"/>
6. Urin	normal <input type="radio"/>	Dauerkatheter / suprapubischer Katheter <input type="radio"/>	Urinar <input type="radio"/>	Training kontinent <input type="radio"/>	kontinent teilw. <input type="radio"/> vollst. <input type="radio"/>

7. Unruhezeiten treten Nachts auf	<input type="radio"/> ja wenn ja, welche Art? _____ <input type="radio"/> nein _____
-----------------------------------	---

8. Orientierungsvermögen	gut orientiert <input type="radio"/>	nicht immer orientiert Training erford. <input type="radio"/>	zeitlich orientiert <input type="radio"/>	örtlich orientiert <input type="radio"/>	zur Person orientiert <input type="radio"/>
--------------------------------	--------------------------------------	---	---	--	---

8.1 Der Patient	entwickelt Initiative <input type="radio"/>	ist introvertiert <input type="radio"/>	stark zuwendungsbedürftig <input type="radio"/>	ist ablehnend <input type="radio"/>
-----------------------	---	---	---	-------------------------------------

9. Suchtkrankheiten	<input type="radio"/> ja wenn ja, welcher Art? _____ <input type="radio"/> nein _____
---------------------	--

10. Pflegerelevante Auffälligkeiten	Schwerhörigkeit <input type="radio"/>	sehr schwerhörig taub <input type="radio"/>	Sehstörungen <input type="radio"/>	blind <input type="radio"/>
a) Kontrakturen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		wenn ja, wo? _____ wie behandelt? _____	
b) Dekubitus	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		wenn ja, wo? _____	
	<ul style="list-style-type: none"> • seit wann? _____ fotografisch dokumentiert am _____ • Aussehen • Grad d. Dekubitus • wie pflegerisch behandelt _____ 			
	c) Allergien:			

11. Prothesen Hilfsmittel	oben <input type="radio"/>	unten <input type="radio"/>	passen <input type="radio"/>	passen nicht <input type="radio"/>	
• Zahnprothesen					
• Armprothesen	rechts <input type="radio"/>	links <input type="radio"/>	passen <input type="radio"/>	passen nicht <input type="radio"/>	Eigentum der Krankenkasse <input type="radio"/>
• Beinprothesen	rechts <input type="radio"/>	links <input type="radio"/>	passen <input type="radio"/>	passen nicht <input type="radio"/>	Eigentum der Krankenkasse <input type="radio"/>
• orthopädische Schuhe	vorhanden <input type="radio"/>	nicht vorhanden <input type="radio"/>			
• Gehilfen	welcher Art?				
Hörgerät <input type="radio"/>	Brille <input type="radio"/>	Bruchband <input type="radio"/>			
Rollstuhl <input type="radio"/>	Eigentum des Patienten <input type="radio"/>	Eigentum der Kasse <input type="radio"/>	Registriernummer:		

12. Sonstige Lagerungs- und Hilfsmittel

13. Persönliche Situation / Außergewöhnliche Belastung

14. Interessen / Ressourcen / Besuche

15. Gewohnheiten / Abneigungen

16. Gesundheitszustand / Krankengeschichte (liegt bei, wenn nicht stichpunktartige Auflistung)

17. Nicht erwähnte Besonderheiten

Sämtliche Angaben wurden nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und entsprechen der Wahrheit. Zur Vervollständigung der Angaben ist ein Tagespflegebericht beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Pflegekraft