

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 ☐ 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
-------	-------------------------------------