



Nägelesgrabenstraße 25
78628 Rottweil
Tel.: 0741/471-0
Fax: 0741/471-200

Ärztlicher Fragebogen (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

1. Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
PLZ/Wohnort _____ Straße _____
Derzeitiger Aufenthalt _____ Pflegegrad 1 2 3 4 5

2. **Zur Aufnahme** in die stationäre Pflege im Pflegeheim Kurzzeitpflege

3. Diagnose _____

Allergie auf _____

Suchtkrankheit Alkohol Nikotin Sonstige _____

Hautirritationen / Verletzungen nein Dekubitus Sonstige _____

Beschreibung und bisherige Versorgung _____

durch wen? _____

Anzahl der Stürze während der letzten 12 Monate _____ Ursache _____

Weglauftendenz tagsüber nachts

Schlafstörung in Form von _____

Freiheitsentziehende Maßnahmen befürwortet in Form von _____

4. Auskunft zu infektiösen Erkrankungen (einschließlich TBC, MRSA) nach § 4 34 Infektionsschutzgesetz

keine infektiöse Erkrankung infektiöse Erkrankung in Form von _____

5. Aufnahmebefund

Größe gemessen _____ cm geschätzt _____ cm

Gewicht gewogen _____ kg geschätzt _____ kg BMI _____

Ernährungszustand normal reduziert kachektisch

Schluckstörung auf Grund _____

Zahnprothese Oberkiefer Zahnprothese Unterkiefer

Kostform

Normalkost

Diätkost / Sonderkost welche _____ wegen _____

Sondenernährung welche _____ PEG

6. **Sehfähigkeit** normal eingeschränkt blind Ursache _____
Brille tagsüber zum Lesen

7. **Hörfähigkeit** normal eingeschränkt I taub
Hörgerät rechts links

8. **Sprechvermögen** normal eingeschränkt Aphasie motorisch Aphasie sensibel
Ursache _____
Verständigung gut bedingt

9. Psychischer Zustand

- | | | | | |
|---------------|--|---|--|---|
| | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | | |
| Orientierung | <input type="checkbox"/> nein, örtlich | <input type="checkbox"/> nein, zeitlich | <input type="checkbox"/> nein, situativ | <input type="checkbox"/> nein, persönlich |
| Eigenschaften | <input type="checkbox"/> verlangsamt | <input type="checkbox"/> vergesslich | <input type="checkbox"/> eher unkooperativ | |
| | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> verbal aggressiv | <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung | _____ |
| | <input type="checkbox"/> tags unruhig | <input type="checkbox"/> nachts unruhig | | |
| | <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> Wahnvorstellung | <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung | _____ |

10. Bewegungsfähigkeit

- Besonderheiten sitzt im Rollstuhl Prothese oder sonstige Hilfsmittel _____
- Arm rechts links eingeschränkt durch _____
- Hand rechts links eingeschränkt durch _____
- Bein rechts links eingeschränkt durch _____
- Fuß rechts links eingeschränkt durch _____
- Wirbelsäule eingeschränkt durch _____

11. Pflegebedarf

- | | <u>selbständig</u> | <u>Leistungen des Pflegepersonals</u> | |
|--------------------------|--------------------------|--|--|
| Essen & Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mundgerecht vorbereiten | <input type="checkbox"/> verabreichen |
| Körperpflege & Kleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unterstützung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| Zahnpflege, Haare kämmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unterstützung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hilfestellung | |
| Aufstehen, Zubettgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unterstützung | <input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit |
| Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hilfestellung | |
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Begleitung |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Begleitung | |
| Toilettengang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Begleitung | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung |

Pflegerische Hilfsmittel: _____

Besondere pflegerische Maßnahmen: _____

Umgang mit Medikamenten selbständig richten richten & verabreichen

Medikation _____

Weitere Behandlungspflege: _____

12. Inkontinenz

- Harn: kontinent zeitweise inkontinent völlig inkontinent
- Dauerkatheter suprapubischer Katheter
- Ursache: _____
- Stuhl: kontinent zeitweise inkontinent völlig inkontinent Stomaträger
- Ursache: _____

13. Hinweise / Bemerkungen des behandelnden Arztes

Datum: _____

Unterschrift & Stempel des Arztes