

Ärztlicher Fragebogen

Persönliche Daten

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Name</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Vorname</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Geburtsname</p>
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Geburtsdatum</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Geburtsort</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>derzeitiger Aufenthaltsort (KKH)</p>
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Postleitzahl</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Wohnort</p>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Straße, Hausnummer</p>

Patientenverfügung: **Ja (Kopie)** **Nein**

Ärztliche Diagnosen (Inkl. Suchterkrankung)

Allergien/ Lebensmittelallergie/ Lebensmittelunverträglichkeiten

Impfungen

- Aufklärung über Notwendigkeit von Schutzimpfungen ist durchgeführt
- Impfschutz ist vorhanden

Infektionskrankheiten

Hepatitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Typ: _____
MRSA/ ESBL	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bemerkung: _____
HIV	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bemerkung: _____

Andere Infektionskrankheiten (z.B Lungen TBC)

Wenn ja, welche?

Medikamente (evtl. Kopie der Medikamentenplan)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Stürze / Unfälle in der Vergangenheit ja Nein

Wenn ja, welche?

Befunde: Größe _____ cm Gewicht _____ kg Ernährungszustand/ BMI _____

Kostform Normalkost

Diätkost ja, welche _____ Grund: _____

Sondennahrung ja, welche _____ Grund: _____

Besondere Kostform ja, welche _____ Grund: _____

Angaben zum Verhalten

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> introvertiert | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> tags unruhig | <input type="checkbox"/> nachts unruhig | <input type="checkbox"/> Hin-/ Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung | <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> Wahnvorstellung |

Medizinische Versorgung (Hautschädigungen, Beatmung, Wundversorgung)

Unterstützungsbedarf

Mobilität	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	Unselbständig
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb der Häuslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Bedarfskonstellation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten	Vorhanden/ un-beeinträchtigt	Größtenteils vorhanden	In geringem Maß vorhanden	Nicht vorhanden
Erkennen von Personen aus dem näherem Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Nie oder selten	Selten (1-3x in 2 Wochen	Häufig (2-mehrmals wöchentlich	täglich
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstversorgung	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen & Baden einschließlich waschen der Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen der Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter/ Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen der Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondenernährung	Versorgung selbständig	Nicht täglich, nicht auf Dauer	Täglich zusätzlich zur oralen Nahrung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstversorgung	Selbständig	Überwiegend Selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
Gestaltung des Tagesablaufes und Anpassung an Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhen und schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewältigung von selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Entfällt	Selbständig	Pro Tag	Pro Woche	Pro Monat
Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Absaugen und Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Einreibung oder Kälte- und Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Messung und Deutung von Körperzuständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Körpernahe Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Verbandswechsel und Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Versorgung mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hilfsmittel:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe |
| <input type="checkbox"/> PEG Sonde | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> kleine Vorlagen | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte | <input type="checkbox"/> Korsett | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Zahnprothesen |
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> WC Sitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | |

Ergänzungen:

Ort/ Datum

Unterschrift Arzt

Stempel