



Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Vormerkung/Aufnahme in eine Einrichtung der Altenhilfe

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Adresse _____

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Körperlicher Zustand:

Gefähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sturzgefährdet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Ansprechbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Somolent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art _____
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art _____
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art _____
Sehschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hörschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Hilfebedürftig bei:

Ausscheidung:

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anus praeter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Körperpflege:

Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Nagelpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Mobilität:

- | | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Gehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Aufstehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Zubettgehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Stehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |

Ernährung:

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Hilfe b. d. Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Hilfe b. d. Flüssigkeitsaufnahme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Mundgerechte Vorbereitung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Vollkost | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Diät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |
| Leichte Kost | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Flüssignahrung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |
| Sondennahrung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |
| Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |

Geistig-seelischer Zustand:

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Örtliche Orientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Zeitliche Orientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Zur eigenen Person orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Werden Personen erkannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Motorische Unruhe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Halluzinationen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Neigung zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Suizidgefahr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Demenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |
| Alkoholsüchtig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Medikamentenabhängig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |

Grundstimmung:

- | | | |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| freundlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| willig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| verdrießlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| aggressiv | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hilfsmittel:

- | | | | |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Gehhilfe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |
| Sehhilfe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |
| Prothesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____ |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Hörgerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Fähigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung

Wohnungsreinigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Wäscheversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Speisenzubereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Einkaufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Empfohlene stationäre Versorgung

Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Pflegebereich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beschützende Abteilung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Geronto-Psychiatrisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Unterbringungsbeschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fixierungsbeschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche _____
gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Betreuer: _____

Medikamente

Verabreichung von Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	s. Ü-Bogen
Psychopharmaka (welche?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

Aktuelle Diagnosen:

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc gemäß § 36/4 Infektionsschutzgesetz)?

ja nein, welche _____

Ist der Patient MRSA- oder MSA- oder ORSA-Träger (Staphylococcus aureus)?

nein ja, welche _____

Liegt eine meldepflichtige Erkrankung vor? ja nein

Scabies ja nein

Hepatitis ja nein

Hinweise und Bemerkungen: (bestehende Therapien)

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes