

Ärztlicher Fragebogen



Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: O - 1 O - 3 O - 5
 O - 2 O - 4 O - kein Pflegegrad

Diagnosen

Medikamente

Medikament	Darreichungsform z.B. Tbl	Vergabe z.B. ml, s.c	6 ⁰⁰	8 ⁰⁰	10 ⁰⁰	12 ⁰⁰	15 ⁰⁰	17 ⁰⁰	20 ⁰⁰	22 ⁰⁰

Wichtig!!! Allergien/ Krampfleiden/ Herzschrittmacher, ansteckende Krankheiten, z.B. TBC, MRSA, Hepatitis, etc.

1 Legende: B = beaufsichtigen A= anleiten TÛ= teilweise Übernahme VÛ= vollständige Übernahme (bitte zutreffendes ankreuzen)

Vitalzeichen/ Durchschnittswerte										
BZ	mg/dl		RR	Puls		Gewicht	Größe		cm	
Atemfrequenz			Bemerkungen:							
Atmung	beeinträchtigt		O rasselnd		O keuchend		Hilfsmittel: O Hohlraumvergrößerer O Inhaliergerät O Dosieraerosol			
	O ja O nein		O röchelnd		O Auswurf					
	B	A	TÜ	VÜ						
Bemerkungen:										
Haut- zustand	beeinträchtigt		O gut		O trocken		O fettend			
	O ja O nein		O Intertrigo		O Hautdefekte wo: _____		Hilfsmittel: O Wechseldrucksystem O Lagerungskissen O Fersenschoner O _____			
	B	A	TÜ	VÜ	Größe: _____ cm x _____ cm					Grad: _____
Bemerkungen:										
Kommunikation										
Orien- tierung	beeinträchtigt		Desorientierung							
	O ja O nein		O zeitlich		O örtlich		O situativ		O zur Person	
	B	A	TÜ	VÜ						
Bemerkungen:										
Hören	beeinträchtigt		O Schwerhörigkeit		Hilfsmittel: Hörgerät O re O li O _____					
	O ja O nein		O rechts O links							
	B	A	TÜ	VÜ						
Bemerkungen:										
Sehen	beeinträchtigt		O Sehschwäche		O rechts		O links			
	O ja O nein		O Blindheit		O rechts		O links			
	B	A	TÜ	VÜ	O grauer Star		O grüner Star			
					O Kontaktlinsen O Augenprothese					
Bemerkungen:										
Sprechen	beeinträchtigt		Sprache:							
	O ja O nein		O Dialekt		O leise		O laut		O verständlich	
	B	A	TÜ	VÜ	O ängstlich		O verwaschen		O aufgereggt	
					O zitternd		O stotternd		O umständlich	
Bemerkungen:										

Gehen	beeinträchtigt O ja O nein	O unsicher O langsam O kraftlos O trippelnd	O schnell O aufrecht O vorsichtig O bettlägrig	O steif	Hilfsmittel: O Rollator O Rollstuhl O Gehstock O Unterarmstützen
	B A TÛ VÛ				

Bemerkungen:

Sitzen	beeinträchtigt O ja O nein	O nur für kurze Zeit sicher O Haltungsschwierigkeiten O instabiler Sitz	Hilfsmittel: O Sitzkissen O Lagerungskissen O Gelkissen O _____
	B A TÛ VÛ		

Bemerkungen:

Einschränkungen in der Mobilität	beeinträchtigt O ja O nein	O Lähmungen wo: _____ O Kontrakturen wo: _____ O Tremor O körperliche Behinderung welche: _____	Therapien: O Logopädie O Ergotherapie O Physiotherapie O KG O Lymphdrainage O _____
	B A TÛ VÛ		

Bemerkungen:

Körperpflege

Waschen	beeinträchtigt O ja O nein	Bemerkungen:
	B A TÛ VÛ	

Essen und Trinken

Nahrungsaufnahme	beeinträchtigt O ja O nein	O Schluckbeschwerden O orale Aufnahme nicht möglich O PEG- Anlage O Adipositas O Kachexie O _____
	B A TÛ VÛ	

Bemerkungen: O Vollkost O Schonkost O Diätkost _____ BE O Sondenkost
O passierte Kost O hochkalorische Kost O Anreichen

Vorlieben:

Abneigungen:

Flüssigkeitszufuhr	beeinträchtigt O ja O nein	O Getränkehilfsbecher O Flüssigkeitsdefizit O Flüssigkeitsbegrenzung _____ml O orale Aufnahme nicht möglich O H2O über PEG od. sc O Schluckstörungen O Anreichen
	B A TÛ VÛ	

Bemerkungen:

Vorlieben:

Abneigungen:

Ausscheiden

Harnfunktion	beeinträchtigt O ja O nein	O Dranginkontinenz O Harninkontinenz O Streßinkontinenz O Harnverhalt O Überlaufblase	Hilfsmittel: O Inkomaterial O offen O geschlossen O Toilettenstuhl O DK _____CH O FK _____CH O Urinflasche O Steckbecken O Kondomurinar
	B A TÛ VÛ		

Bemerkungen:

Darmfunktion	beeinträchtigt O ja O nein	O Stuhlinkontinenz O Obstipation O Diarrhöen O Teerstuhl O Fettstuhl O Meteorismen	Hilfsmittel: O Inkomaterial O offen O geschlossen O Toilettenstuhl O Steckbecken O Darmrohr
	B A TÛ VÛ		

Bemerkungen:

Schlafverhalten

Schlafen	beeinträchtigt O ja O nein	O nächtliche Unruhezustände O Umkehr Schlaf- Wachrhythmus O erhöhter Schlafbedarf am Tag O vermehrte Verwirrtheit in der Nacht
	B A TÛ VÛ	

Bemerkungen:

Sicherheit

Sichere Umgebung	beeinträchtigt O ja O nein	O ist der Pat. einwilligungsfähig O besteht eine Betreuung O besteht eine Fremdgefährdung O besteht eine Selbstgefährdung O besteht eine Sturzgefahr O bestehen chronische Schmerzen
	B A TÛ VÛ	

Bemerkungen:

Soziale Bereiche

Psycho-soziales	beeinträchtigt O ja O nein				O liegen psychische Störungen vor? O besteht eine Sucht? O gibt es Verhaltensauffälligkeiten? O aggressiv O kooperativ O unruhig O delirant O ruhig O psychotisch O ungehalten
	B	A	TÜ	VÜ	

Welche?

Name des Hausarztes		Telefon	
---------------------	--	---------	--

Adresse		Fax	
---------	--	-----	--

Besonderheiten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Geimpft gegen Covid 19 O Ja O Nein

Ort/ Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes