

6.1 Einzug**F 2 Ärztlicher Fragebogen**☐ SH AM ZELTNERSCLOSS☐ SH AM LANGWASSERSEE☐ SH AM GOLDBACH

Tel. 0911 99403 – 615 Fax: 0911 99403 - 598

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme☐ KURZZEITPFLEGE ☐ DAUERPFLEGEPFLEGEGRAD: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐**Name, Vorname:****Geburtsdatum:****1. Benötigt der/die Patient*in Hilfe bei folgenden Tätigkeiten?**

	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd
GEHEN	☐	☐	☐	☐
STEHEN	☐	☐	☐	☐
ESSEN	☐	☐	☐	☐
ANKLEIDEN	☐	☐	☐	☐
WASCHEN	☐	☐	☐	☐
OK	☐	☐	☐	☐
WASCHEN	☐	☐	☐	☐
UK	☐	☐	☐	☐

	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd
AUFSTEHEN	☐	☐	☐	☐
FRISIEREN	☐	☐	☐	☐
RASIEREN	☐	☐	☐	☐
BENUTZEN	☐	☐	☐	☐
D. TOILETTE	☐	☐	☐	☐
TREPPEN	☐	☐	☐	☐
STEIGEN	☐	☐	☐	☐

2. Ist der Patient/die Patientin orientiert

	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Zeitlich	☐	☐	☐	☐
Örtlich	☐	☐	☐	☐
situativ	☐	☐	☐	☐
Zur Person	☐	☐	☐	☐

3. Treten nachts Unruhezustände auf?

	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	☐	☐	☐	☐

4. Ist der Patient/die Patientin bettlägerig

	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	☐	☐	☐	☐

5. Welches Kontinenz Profil liegt vor?**Harnkontinenz**

- ☐ Kontinenz
☐ Unabhängig erreichte Kontinenz
☐ Abhängig erreichte Kontinenz
☐ Unabhängig kompensierte Inkontinenz
☐ Abhängig kompensierte Inkontinenz
☐ Nicht kompensierte Inkontinenz

Stuhlkontinenz

- ☐ Kontinenz
☐ Unabhängig erreichte Kontinenz
☐ Abhängig erreichte Kontinenz
☐ Unabhängig kompensierte Inkontinenz
☐ Abhängig kompensierte Inkontinenz
☐ Nicht kompensierte Inkontinenz

6. Wie ist die Gemütsstimmung/die Seelische Verfassung?**7. Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja, welche?**

8. Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welche?
9. Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art?
10. Bestehen ansteckende Krankheiten z.B. TBC?
☐ Tbc ☐ MRSA/ORSA ☐ Scabies ☐ Dauerausscheider ☐ Covid-19 ☐ andere (Welche)

11.
☐ PEG ☐ Tracheostoma ☐ Anus praeter ☐ Dauerkatheter: gewechselt am: _____
☐ suprapubischer Katheter: gewechselt am: _____ ☐ Sauerstofftherapie
☐ Rollstuhl ☐ Rollator

Wird versorgt von: _____

12. ICD-10 Diagnosen
13. Allergien/Unverträglichkeiten:
14. Letzter Krankenhausaufenthalt

Datum:

Grund?

Wo?

15. Kost Form:
☐ VOLLKOST ☐ VEGETARISCH ☐ VEGAN ☐ SONDENKOST ☐ PASSIERT ☐ PÜRIERT

16. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Medikament	Nüchtern	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bemerkungen

17. Bestehen aktuell chronische oder offene zu behandelnde Wunden? JA ☐ NEIN ☐

WELCHE?

WUNDTHERAPIE PLAN VORHANDEN

☐ JA

☐ NEIN

☐ ALS ANLAGE MITGESCHICKT

WUNDMANAGER BEKANNT

☐ JA

☐ NEIN

ENTSTEHUNGORT DER WUNDE

 Wundmaterial wird für 3 Tage mitgegeben ☐ ja ☐ nein ☐ Rezept

 Aufnahme
genehmigt:

Ort, Datum

 Unterschrift
u. Praxisstempel des Arztes

PDL