

Ärztlicher Fragebogen für Stationäre Pflege

Vor- und Zuname _____

Größe _____ cm

Geburtsdatum _____

Gewicht _____ kg

Hilfe erforderlich beim:

	nein	ab & zu	häufig	dauern		nein	ab & zu	häufig	dauern
Gehen/Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gang zur Toilette	<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"/>					
Magensonde	<input type="checkbox"/>	ja			<input type="checkbox"/>	nein			
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein			

Orientierung

zeitlich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein			
örtlich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein			
zur Person	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein			
situativ	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein			
kooperativ	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein			
Unruhezustände tags	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein			
Unruhezustände nachts	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein			
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	ja			<input type="checkbox"/>	nein			
freiheitsentziehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	kontinuierlich			<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	nein	

Herausforderndes Verhalten

Verhalten	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
-----------	--------------------------	----	--------------------------	------

Inkontinenz

Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	teilweise	<input type="checkbox"/>	nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	ja			<input type="checkbox"/>	nein

körperliche Einschränkungen

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, welche?	_____

Schmerzen

<input type="checkbox"/>	akut	<input type="checkbox"/>	chronisch	Lokalisierung: _____

psychische Störungen nein ja, welche? _____

Gemütsstimmung (seelische Verfassung) _____

Sucht-Krankheit Medikamente Alkohol
 Nikotin Sonstige _____

Ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane (Vorschrift nach § 36 Abs. 4 IfSG) liegt vor liegt nicht vor

ORSA/MRSA ja nein

andere ansteckende Krankheit ja nein

Sonstiges _____

Diagnosen _____

Bitte Medikamentenplan beifügen.

Diät/Schonkost _____

Anmerkungen _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes