

Ärztlicher Fragebogen für Stationäre Pflege

Vor- und Zuname _____

Größe _____ cm

Geburtsdatum _____

Gewicht _____ kg

Hilfe erforderlich beim:

	nein	ab & zu	häufig	dauernd
Gehen/Stehen	<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"/>
Ankleiden	<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		
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	ja		<input type="checkbox"/> teilweise

	nein	ab & zu	häufig	dauernd
Aufstehen aus dem Bett	<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"/>
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	nein	
freiheitsentziehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	kontinuierlich			<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/> nein

Herausforderndes 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	<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