

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zunahme: _____
geb. am _____ in _____
Pflegegrad _____

Medizinischer Aspekt:

1. Folgende Diagnosen wurden festgestellt:

2. Liegen Einschränkungen vor?: ja nein
Falls ja, welche?

3. Liegen ansteckende Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen vor?
 ja nein

Falls ja, welche?

4. Gibt es Unruhezustände/Suchterkrankungen? ja nein
Falls ja, welche?

5. Medikamentenplan liegt vor bzw. bei?: ja nein
Falls nein, bitte ausfüllen:

Medikament	Dosierung	Tageszeit der Einnahme			
		morgens	mittags	abends	nachts
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Muss eine besondere Diät eingehalten werden? ja nein
Falls ja, welche?

7. Wie ist die seelische Verfassung?

- stabile positive Lebenseinstellung
- Stimmungsschwankungen
- depressive Grundstimmung

8. Besonderheiten:

Pflegerische Aspekte:

1. **Mobilität:** uneingeschränkt mobil teilmobil immobil
- | | gelegentlich | häufig | dauernd |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| beim Aufstehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| beim Gehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| beim Setzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- Hilfsmittel: Rollator Gehstützen Rollstuhl
- Lagerung: unterstützend vollkommene Übernahme der Lagerung

Hinweise (Einschränkungen, Hilfestellung):

2. Körperpflege:

- | | Selbständig | Hilfestellung | Vollständige Übernahme |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| beim Waschen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| beim An- und Auskleiden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| beim Rasieren, Zahnpflege, Kämmen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hinweise:

3. **Hautzustand:** unauffällig veränderter Hautzustand

Hinweise:

4. Wundversorgung:

PEG: gelegt am _____ Zustand:

Versorgung: _____

Dekubitus: Grad _____ Lokalisation: _____

Zustand: _____

Behandlung: _____

5. **Kontinenz:** Stuhlkontinenz Stuhlinkontinenz

Harnkontinenz Harninkontinenz

Toilettengang: selbständig unter Mithilfe

Dauerkatheder: Ch _____ gelegt am _____

Versorgung mit Inkontinenzartikeln? ja nein

Hinweise:

6. **Nahrungsaufnahme:** Selbständig Hilfestellung Vollständige Übernahme

Versorgung mit PEG: Nahrungsform _____ tgl. Menge _____

Hinweise (Kostform, Besonderheiten):

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes