



Ärztlich - pflegerischer Fragebogen

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Die Anmeldung ist nur mit der Anmeldung zur Aufnahme vollständig. Bitte reichen Sie ggf. zusätzlich zu diesem Formular einen aktuellen Pflegeüberleitbogen der ambulanten Pflege/ Klinik ein. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

Name		Vorname	
Geburtstag			
Größe		Gewicht	
Liegt eine palliative Situation vor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> noch unklar

Diagnosen			
Liegen weitere Diagnosen/ Symptome vor			
Dementielle Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Weitere psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Suchterkrankung (z.B. Rauchen, Alkohol etc.)	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/wo		
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, wo	Grad	
Wunden	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
Allergie/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer
Sprachbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer
Behandlungspflege z.B. Medikation, Injektion, Verbandswechsel, Kompressionsstrümpfe/- verband	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche?		
Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen			
Werden Bettseitenteile angewandt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann	
Werden Gurte angewandt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann	
Notwendigkeit der Unterbringung auf einem Demenzwohnbereich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ärztliche Einschätzung liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Richterliche Genehmigung für die oben bejahten Maßnahmen liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	



Welche Fähigkeiten hat die zu pflegende Person? (von pflegender Person auszufüllen)

Im Bereich Kognition

	Vorhanden	teilweise vorhanden	Nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Örtliche Orientierung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orientierung zur Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sich Erinnern	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Besondere Verhaltensauffälligkeiten

	nein	gelegentlich	täglich
Abwehrendes Verhalten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hin-/Weglauf tendenz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unruhe/Ängste am Tag (z.B. Rufen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Im Bereich Mobilität

	Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unselbst- ständig
Drehen im Bett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stabiles freies Sitzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umsetzen (von Bett auf Stuhl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fortbewegen auf der Ebene	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Im Bereich Selbstversorgung

	Selbstständig	Teils selbstständig	Unselbst- ständig
Körperpflege	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aufnahme der Nahrung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trinken	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ernährung parenteral (PEG/PEJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Benutzen einer Toilette	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Besonderheiten bei der Ernährung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	Bewältigung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Stoma	<input type="checkbox"/> ja	Umgang	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	Bewältigung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Dauerkatheter/Urostoma	<input type="checkbox"/> ja	Umgang	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Werden Hilfsmittel benötigt z.B. Rollator, Rollstuhl, Weichlagerungsmatratze, Sauerstoffgerät, Schlafmaske etc.	<input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> ja, welche?			
	Bereits verordnet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Bereits vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Die zu pflegende Person ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist aus ärztlicher Sicht notwendig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Datum, Unterschrift und Telefonnummer des Arztes:	<input type="text"/>	
Ausgefüllt von:	<input type="text"/>	