

Ärztlicher Fragebogen

Der ärztliche Fragebogen dient dem ASB Seniorenzentrum zur Vorbereitung des Einzuges. Bitte nehmen Sie sich 15 Minuten Zeit um alle Frage so zu beantworten, so dass dem neuen Bewohner vom ersten Tag an eine individuelle und professionelle Pflege, Betreuung und Versorgung ermöglicht werden kann. Zutreffendes ankreuzen (x), ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Danke!

Vor- und Zuname				
Geburtsdatum				
Pflegegrad vorhanden?	() Ja	Welcher Grad liegt vor?	_____	
	() Nein	voraussichtl. Pflegegrad?	_____	
Besonderheiten	Ernährung über PEG	<u>Ja</u>		<u>Nein</u>
	bestehende Wunden	()		()
	Port-Versorgung	()		()
	Beatmungspflicht	()		()
	Sauerstoffgabe	()		()
	Tracheostoma	()		()
	Ileo-/Colostoma	()		()
	Weg-/Hinlauffähigkeit*	()		()
	Herausforderndes Verhalten*	()		()
	ständige Bettlägerigkeit	()		()
	Harninkontinenz	()		()
	Stuhlinkontinenz	()		()
Sonstiges _____	()		()	
* ggf. nähere Beschreibung: _____				
Hilfe bei der Körperpflege erforderlich?	Waschen vorderer Oberkörper	<u>Ja</u>	<u>Teilweise</u>	<u>Nein</u>
	Baden / Duschen (inkl. Waschen der Haare)	()	()	()
	Zahn- / Mundpflege	()	()	()
	Kämmen (Frisieren)	()	()	()
	Rasieren	()	()	()
	Ankleiden/ Entkleiden	()	()	()
	Benutzen einer Toilette/ eines Toilettenstuhls	()	()	()
	Einlagewechsel nach Wasserlassen/ Stuhlgang	()	()	()
	Waschen Intimbereich	()	()	()
	Wechseln/Entleeren des Urinbeutels	()	()	()
	Wechseln/Entleeren des Stomabeutels	()	()	()

Ärztlicher Fragebogen

Hilfe bei der Ernährung erforderlich?	mundgerechte Zubereitung der Nahrung	<u>Ja</u> ()	<u>Teilweise</u> ()	<u>Nein</u> ()
	Hilfe bei der Aufnahme der Nahrung, oral	()	()	()
	Sondenkost	()	()	()
	Getränke einschenken/ anreichen	()	()	()
Hilfe bei der Mobilität erforderlich?	Selbstständiges Aufstehen/ Zubettgehen	<u>Ja</u> ()	<u>Teilweise</u> ()	<u>Nein</u> ()
	Positionswechsel im Bett	()	()	()
	Umsetzen	()	()	()
	Halten einer stabilen Sitzposition	()	()	()
	Gehen/ Stehen/ Fortbewegen auf der Station bzw. in der Wohnung	()	()	()
	Treppensteigen	()	()	()
	Verlassen / Wiederaufsuchen der Wohnung	()	()	()
	Bewegungsunfähigkeit beider Arme und Beine	()		()
	Nachts ruhig?	() ja	() zeitweise	() nein
Eigen- und / oder Fremdgefährdung durch:				
Ist der Bew. auf Hilfsmittel angewiesen (z.B. Rollator, Rollstuhl, Sauerstoffgerät o.ä.)?	() nein	() ja, welche _____		
Körperliche Behinderung/-en - Art - _____ _____				
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?	() ja	() nein		
Besteht eine Suchtkrankheit?	() nein	() ja, welche:		
Psychische Erkrankung/-en - Art - _____ _____				
Weitere Diagnosen (ggf. auch als Anlage): _____ _____				

Ärztlicher Fragebogen

Sind Allergien vorhanden? Wenn ja, welche?:

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? (ggf. Medikamentenplan siehe Anlage):

Nur bei Personen mit kognitiven Einschränkungen erforderlich:

Auffälligkeiten	unauffällig	auffällig
Orientierung (örtlich, zeitlich, zur Person, situativ)	()	()
Antrieb / Beschäftigung (gesteigerter/ geminderter Antrieb)	()	()
Stimmung (z.B. depressive Verstimmung)	()	()
Gedächtnis	()	()
Tag- / Nachtrhythmus	()	()
Wahrnehmung und Denken/ Verstehen von Sachverhalten	()	()
Kommunikation / Sprache	()	()
Situatives Anpassen/ Erkennen von Risiken und Gefahren	()	()
Verhalten (z.B. Autoaggressives Verhalten/ Aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen [verbal und/ oder physisch], sozial inadäquate Verhaltensweisen o.ä.)	()	()
Ggf. Bemerkung:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
Besteht auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf?	() ja	() nein

Ort / Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin