

Ärztlicher Fragebogen Tagespflege Kirchheim

<i>Collegium 2000 gGmbH, Senioren- und Pflegezentrum, Räterstraße 21, 85551 Kirchheim Tel.-Nr.: 089/94567-3030 / Fax-Nr.: 089/94567-2255</i>					
Verwaltung: Tel.-Nr.: 089/94567-3311 / Fax-Nr.: 089/94567-2255					
Name des Tagespflegegastes:				Vorname:	
Geburtsdatum:				Geburtsort:	
Adresse:					
Name Hausarzt:					
Anschrift:					
Tel.-Nr:			FAX-Nr.		
wurde bereits informiert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Besteht derzeit ein Pflegegrad?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Pflegegrad		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> seit:
Pflegegrad wurde beantragt am:					
Hat der Bewohner einen Betreuer?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Name des Betreuers/der Betreuerin:					
Adresse :			Tel.-Nr./Fax.-Nr.:		
Diagnosen:					
Ist der Patient insulinpflichtiger Diabetiker? <input type="checkbox"/> ja, Insulin siehe Medikamente <input type="checkbox"/> nein					
Liegt eine Suchterkrankung vor? <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nein					
Liegt eine Infektion vor? <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nein					
Liegen meldepflichtige Erkrankungen vor? <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nein					
Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts
Bedarfsmedikamente (Indikation, max. Dosierung pro 24 Std.)					

Allgemeiner körperlicher Zustand:			
Braucht der Bewohner freiheitsentziehende Maßnahmen (Bauchgurt etc)?			
<input type="checkbox"/> ja; wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> nein	
Gefähig?	<input type="checkbox"/> ja;	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Hinlaufgefährdet?	<input type="checkbox"/> ja;	<input type="checkbox"/> nein	
Sind Allergien bekannt? <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> nein	
Besteht ein Dekubitus? <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, Grad?		<input type="checkbox"/> nein	
Bei Vorliegen eines Dekubitus ist folgende Behandlung angesetzt:			
Liegt ein Dauerkatheter? <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, seit?		<input type="checkbox"/> nein	
Nächster Wechsel?			
Liegt eine Inkontinenz vor? <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> nein	
Werden Hilfsmittel benötigt?			
Rollator vorhanden	<input type="checkbox"/> Rollator erforderlich	<input type="checkbox"/> Rollator bestellt	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl vorhanden	<input type="checkbox"/> Rollstuhl erforderlich	<input type="checkbox"/> Rollstuhl bestellt	<input type="checkbox"/>
Sonstige Hilfsmittel:			
Orientierung/Kommunikation:			
Zeitlich:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Örtlich:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Zur Person:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Situativ:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Tag/Nacht-Rhythmus:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Besonderheiten in der Kommunikation/Stimmung/Antrieb:			

Datum

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Name	4.3.2 Ärztlicher Fragebogen Tagespflege				
Version	Bearbeiter	Freigabe	Datum der Freigabe		Seite
2	Hönnl	Bellmann	01.01.2021	© Collegium 2000 gGmbH	2 von 2