

Ärztlicher Fragebogen

Ärztlicher Fragebogen

Senioren- und Pflegezentrum, Räterstr. 21, 85551 Kirchheim

Tel.-Nr.: 089/94567-2205 oder -3010 / Fax-Nr.: 089/94567-2114

Verwaltung: Tel.-Nr.: 089/94567-3311 / Fax-Nr.: 089/94567-2255

Name des Bewohners/ der Bewohnerin:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Adresse:

Name Hausarzt:

Anschrift:

Tel.-Nr:

FAX-Nr.

wurde bereits informiert

ja

nein

Besteht derzeit ein Pflegegrad?

ja

nein

Pflegegrad

1 2 3 4 5

seit:

Pflegegrad wurde beantragt am:

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?

ja

nein

Liegt eine Patientenverfügung vor?

ja

nein

Hat der Bewohner einen Betreuer?

ja

nein

Name des Betreuers/der Betreuerin:

Adresse :

Tel.-Nr./Fax.-Nr.:

Diagnosen:

Ist der Patient insulinpflichtiger Diabetiker? ja, Insulin siehe Medikamente

nein

Liegt eine Suchterkrankung vor? ja; wenn ja, welche?

nein

Liegt eine Infektion vor? ja; wenn ja, welche?

nein

Liegen meldepflichtige Erkrankungen vor? ja; wenn ja, welche?

nein

Medikament

Dosierung

morgens

mittags

abends

nachts

Bedarfsmedikamente (Indikation, max. Dosierung pro 24 Std.)

Vitalzeichen:

RR:

Puls:

Bz:

Gewicht:

Größe:

Temp:

Name	3.3.1 Ärztlicher Fragebogen.docx				
Version	Bearbeiter	Freigabe	Datum der Freigabe		Seite
3	Bellmann	Hönnl	01.10.2020	© Collegium 2000 gGmbH	1 von 2

Ärztlicher Fragebogen

Allgemeiner körperlicher Zustand:			
Braucht der Bewohner freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Bauchgurt etc.)?			
<input type="checkbox"/> ja; wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> nein	
Gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja;	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> bettlägrig
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 eine PEG? <input type="checkbox"/> ja; wenn ja, seit wann? <input type="checkbox"/> nein			
Bei einer PEG: Nahrung (Produkt):			
Nahrung ml./Kal. morgens:	mittags:	abends:	nachts:
Tee/Wasser ml morgens:	mittags:	abends:	nachts:
Besonderheiten:			
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	3.3.1 Ärztlicher Fragebogen.docx				
Version	Bearbeiter	Freigabe	Datum der Freigabe		Seite
3	Bellmann	Hönnl	01.10.2020	© Collegium 2000 gGmbH	2 von 2