

6.1 Einzug

F 2 Ärztlicher Fragebogen

SH AM
ZELTNER SCHLOSS

SH AM
GOLDBACH

SH AM
LANGWASSERSEE

TAGESPFLEGE

Tel. 0911/ 99403 – 500 Fax: 0911/ 99403-598

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

KURZZEITPFLEGE DAUERPFLEGE TAGESPFLEGE

PFLEGEGRAD: 1 2 3 4 5

Name, Vorname:																																																																																						
Geburtsdatum:																																																																																						
1. Benötigt der/die Patient die Patientin Hilfe bei folgenden Tätigkeiten?																																																																																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">gelegentlich</th> <th style="text-align: center;">häufig</th> <th style="text-align: center;">dauernd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>GEHEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>STEHEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ESSEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ANKLEIDEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>WASCHEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>OK</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>WASCHEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>UK</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Nein	gelegentlich	häufig	dauernd	GEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESSEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANKLEIDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WASCHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OK					WASCHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UK					<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">gelegentlich</th> <th style="text-align: center;">häufig</th> <th style="text-align: center;">dauernd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AUFSTEHEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>FRISIEREN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>RASIEREN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>BENUTZEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>D. TOILETTE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TREPPEN</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>STEIGEN</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Nein	gelegentlich	häufig	dauernd	AUFSTEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FRISIEREN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RASIEREN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BENUTZEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. TOILETTE					TREPPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STEIGEN				
	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd																																																																																		
GEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
STEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
ESSEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
ANKLEIDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
WASCHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
OK																																																																																						
WASCHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
UK																																																																																						
	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd																																																																																		
AUFSTEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
FRISIEREN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
RASIEREN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
BENUTZEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
D. TOILETTE																																																																																						
TREPPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
STEIGEN																																																																																						
2. Ist der Patient/die Patientin orientiert <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">gelegentlich</th> <th style="text-align: center;">häufig</th> <th style="text-align: center;">dauernd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Zeitlich</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Örtlich</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>situativ</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Zur</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Person</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Nein	gelegentlich	häufig	dauernd	Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Person					3. Treten nachts Unruhezustände auf? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">gelegentlich</th> <th style="text-align: center;">häufig</th> <th style="text-align: center;">dauernd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> 4. Ist der Patient/die Patientin bettlägerig <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">gelegentlich</th> <th style="text-align: center;">häufig</th> <th style="text-align: center;">dauernd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Nein	gelegentlich	häufig	dauernd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nein	gelegentlich	häufig	dauernd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd																																																																																		
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
Zur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
Person																																																																																						
	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd																																																																																		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
	Nein	gelegentlich	häufig	dauernd																																																																																		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
5. Welches Kontinenz Profil liegt vor?																																																																																						
<u>Harnkontinenz</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kontinenz <input type="checkbox"/> Unabhängig erreichte Kontinenz <input type="checkbox"/> Abhängig erreichte Kontinenz <input type="checkbox"/> Unabhängig kompensierte Inkontinenz <input type="checkbox"/> Abhängig kompensierte Inkontinenz <input type="checkbox"/> Nicht kompensierte Inkontinenz 	<u>Stuhlkontinenz</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kontinenz <input type="checkbox"/> Unabhängig erreichte Kontinenz <input type="checkbox"/> Abhängig erreichte Kontinenz <input type="checkbox"/> Unabhängig kompensierte Inkontinenz <input type="checkbox"/> Abhängig kompensierte Inkontinenz <input type="checkbox"/> Nicht kompensierte Inkontinenz 																																																																																					
6. Wie ist die Gemütsstimmung/die Seelische Verfassung																																																																																						
7. Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja, welche?																																																																																						

8. Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welche?

9. Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art?

10. Bestehen ansteckende Krankheiten z.B TBC?

Tbc MRSA/ORSA Scabies Dauerausscheider Covid-19 andere (Welche)

11.

PEG Tracheostoma Anus praeter Dauerkatheter: gewechselt am: _____
 suprapubischer Katheter: gewechselt am: _____ Sauerstofftherapie
 Rollstuhl Rollator

Wird versorgt von: _____

12. ICD-10

Diagnosen

13. Allergien/ Unverträglichkeiten:

14. Gegen Covid-19 geimpft? JA NEIN

15. Letzter Krankenhausaufenthalt

Datum:

Grund?

Wo?

16. Kost Form:

VOLLKOST VEGETARISCH VEGAN DIÄTKOST PASSIERT PÜRIERT
 EIWEIßDEFINIERT KALIUM/ NATRIUM ARM

17. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Medikament	Nüchtern	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bemerkungen

18. Bestehen aktuell chronische oder offene zu behandelnde Wunden? JA NEIN

WELCHE?

WUNDTHERAPIE PLAN VORHANDEN JA NEIN ALS ANLAGE MITGESCHICKT

WUNDMANAGER BEKANNT JA NEIN

ENTSTEHUNGORT DER WUNDE _____

Wundmaterial wird für 3 Tage mitgegeben ja nein Rezept

Aufnahme
genehmigt:

Ort, Datum

Unterschrift
u. Praxisstempel des Arztes

PDL