

6.1 Einzug

F 2 Ärztlicher Fragebogen

SH AM ZELTNERSCLOSS     SH AM LANGWASSERSEE     SH AM GOLDBACH

Tel. 0911 99403 – 615    Fax: 0911 99403 - 598

## Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

KURZZEITPFLEGE     DAUERPFLEGE

PFLEGEGRAD:  1    2    3    4    5

<b>Name, Vorname:</b>																																																																																						
<b>Geburtsdatum:</b>																																																																																						
<b>1. Benötigt der/die Patient*in Hilfe bei folgenden Tätigkeiten?</b>																																																																																						
<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 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>UK</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	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	<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"/>	UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 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>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 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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TREPPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STEIGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<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"/>																																																																																		
UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
TREPPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
STEIGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
<b>2. Ist der Patient/die Patientin orientiert</b> <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 Person</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	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 Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3. Treten nachts Unruhezustände auf?</b> <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> <b>4. Ist der Patient/die Patientin bettlägerig</b> <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 Person	<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																																																																																		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
<b>5. Welches Kontinenz Profil liegt vor?</b>																																																																																						
<u>Harnkontinenz</u> <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> <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																																																																																					
<b>6. Wie ist die Gemütsstimmung/die Seelische Verfassung?</b>																																																																																						
<b>7. Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja, welche?</b>																																																																																						

**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

ENTSTEHUNGSORT DER WUNDE \_\_\_\_\_

Wundmaterial wird für 3 Tage mitgegeben  ja  nein  Rezept

Aufnahme  
genehmigt:

Ort, Datum

Unterschrift  
u. Praxisstempel des Arztes

PDL