



SEEPERLE

SENIORENPFLEGE

Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Vor- und Zuname: _____ Geb.datum: _____

1. Kommunikation Bewußtseinslage: (bitte ankreuzen)

- wach/ansprechbar desorientiert apallisch Patient wird sediert
 Sonstiges: _____

2. Mobilität

- keine Bewegungseinschränkungen Gleichgewichtsstörungen
 der Patient kann mit Hilfe aufstehen in Begleitung (alleine) gehen
 der Patient kann sich mit Hilfsmitteln allein fortbewegen
 Rollstuhl Gehwagen Stock : _____
 der Patient trägt eine _____
 der Patient kann im Rollstuhl Lehnstuhl _____ Std./min. sitzen
 bettlägerig selbständige Lagerung möglich Lagerungswechsel durch Pflegepersonal
 besondere Lagerung notwendig _____
 Sonstiges: _____

Körperlicher Zustand:

- Kontrakturen: _____
 Dekubitalgeschwür/Grad: _____ Ödembildung: _____ Thrombosegefahr _____
 Sonstiges: _____

3. Vitalfunktionen

- Atmung:** spontan beatmet Sauerstoffgabe _____ l %
 Tubus Gr.: _____ seit: _____ Absaugen der Atemwege nach Bedarf erforderlich
 Pneumoniegefahr durch: _____

Kreislauf:

Temperatur regulieren: _____

4. Körperpflege

- | | | | | |
|---------------|--------------------------------------|---|---|--|
| Sich waschen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Anregung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Anregung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Intimpflege | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Anregung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Hautpflege | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Anregung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
- Hilfestellung bei: _____

5. Essen und Trinken

- selbständig enteral Sonde Art: _____ seit: _____
 Art des venösen Zugangs: _____ seit: _____
 Sondennahrung: _____ Menge _____ ml / h
Kostform: _____ besondere Wünsche: _____
Sonstiges: _____

6. Ausscheidungen

- Urin** selbständig Inkontinenz Toilettentraining _____/stdl.
Stuhl selbständig letzter Stuhlgang am: _____
 Inkontinenz Obstipation Diarrhoe
 Besonderheiten: _____

7. Sich kleiden

- selbst braucht Anregung benötigt Hilfe nicht möglich
 welche Kleidergewohnheiten: _____

8. Ruhen und Schlafen

Schlafgewohnheiten: _____

Sonstiges: _____

9. Sich beschäftigen

- selbständig braucht Anregung
 Sonstiges: _____

10. Für eine sichere Umgebung sorgen

- Fixierung nach Arztanordnung/richterlichen Beschluß seit: _____
Tag/Nacht: stdl. _____

11. Soziale Bereiche des Lebens sichern

- Primäre persönliche Bezugsperson/en: _____
 Pflegerische Anleitung und Beratung wird von diesen Bezugspersonen gewünscht
 Therapeutischer Dienst

12. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

- Psychische Verfassung des Patienten: _____

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

14. Krankheiten

Frei von ORSA: ja nein Frei von MRSA: ja nein

Bestehen Suchtkrankheiten? Welcher Art? _____

Liegen psychische Störungen vor? Welcher Art? _____

- Ort, Datum –

- Stempel und Unterschrift des Arztes -