

Ärztlicher Fragebogen

Name der Patientin _____ Geb. am _____

Pflegeabteilung Gerontoabteilung (offen) Gerontoabteilung (geschlossen)

Wegen des nachstehend geschilderten Gesundheitszustandes ist ein weiterer Aufenthalt in Ihrer Einrichtung für die o.g. Patientin erforderlich:

Medizinische Diagnosen:

Harninkontinenz ja nein Stuhlinkontinenz ja nein

Sind bei o.g. Patientin Allergien bekannt: nein ja, folgende: _____

liegen Suchterkrankungen vor nein ja, folgende: _____

Frei von ansteckenden Krankheiten (gem. §48a BSeuchG) ja nein

wenn nein, welche? _____

Welche Medikamente werden verabreicht?

Medikament	Morgens	Mittag	Abend	Zur Nacht	Nachts

Falls nicht ausreichend bitte gesondertes Blatt benutzen

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	1/4
QM	sPDL		Version	2.1
			Stand	07 / 10

Benötigt die Patientin Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (Bett/Stuhl)	<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"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilette benutzen	<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"/>	An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist die Patientin orientiert zu

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besondere Situationen; Zeitpunkt, Merkmale
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Treffen folgende Aussagen bei der Patientin zu

	Trifft zu	Trifft nicht zu		Trifft zu	Trifft nicht zu
Tag- / Nachtumkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständige Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weglaftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlegen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eindringen in fremde Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerstören von eigenem oder fremden Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegen in fremden Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt eine gerontopsychiatrische Erkrankung / psychische Störung vor?

nein ja vaskuläre Demenz Demenz Alzheimer Typ
 Depression Unklarer / Gemischter Typ
 sonstiges: _____

Ist die Patientin nach Ihrer Einschätzung geschäftsfähig? ja nein

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	2/4
QM	EL		Version	2.0
			Stand	07 / 10

Die Patientin benötigt fremde Hilfe

- in Form besonderer Überwachung zur Vermeidung eines Rückfalls oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes
- in Form einer Anleitung zu Eigenaktivitäten und Selbständigkeit
- in Form ständiger Aufsicht wegen Selbstgefährdung bzw. Fremdgefährdung

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist erforderlich wegen:

- des Fehlens einer Pflegeperson
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegeperson(en)
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung und Vereinsamung der Patientin
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
- räumlicher Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die nicht die häusliche Pflege ermöglichen

Angaben zum körperlichen Zustand:

- | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---|
| dauerhaft Bettlägerig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Grund: _____ |
| Ernährungszustand? | <input type="checkbox"/> kachektisch | <input type="checkbox"/> normalgewichtig <input type="checkbox"/> adipös |
| Flüssigkeitszustand? | <input type="checkbox"/> exsikkiert | <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> Ödembildung |
| Spezielle Ernährung? | <input type="checkbox"/> Sondenkost | <input type="checkbox"/> Diabetes Kost <input type="checkbox"/> _____ |
| Schluckstörungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Art: _____ |
| Magensonde / PEG? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ |
| Dekubitus vorhanden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Körperstelle: _____ |
| Dauer-/ Blasenkatheter? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Grund: _____ |
| Stoma? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Grund: _____ |
| Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ |
| Bestehen Anfallsleiden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Anfallsart: _____ |
| Seheinschränkungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welcher Art: _____ |
| Höreinschränkungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Hilfsmittel vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Fixierungen notwendig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Art der Fixierung: _____ |

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	3/4
QM	EL		Version	2.0
			Stand	07 / 10



Bemerkungen bzw. Wünsche der Patientin (aus ärztlicher Sicht genehmigt)

Handelt es sich um einen vorübergehenden Zustand?
 dauerhaften Zustand?

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Vom Damenstift auszufüllen:

Eine Aufnahme der o.g. Patientin in unsere Einrichtung ist möglich? ja nein

(Datum)

(Unterschrift der EL / PDL)

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung Juli 2012	Seite	4/4
QM	EL		Version	2.0
			Stand	07 / 10