

Ärztlicher Fragebogen

(Bitte nur vom Arzt ausfüllen lassen, erst bei Eintreffen dieses Formulars können wir Ihnen eine feste Zusage für einen Pflegeplatz machen)

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Krankenkasse:..... KV-Nr:..... Pflegegrad:.....

Diagnosen:

.....
.....
.....

Wunden/Dekubitus : ja nein Suchtkrankheiten? ja nein
Dialysepatient? ja nein Herzschrittmacher? ja nein
Ansteckende Krankheiten? ja nein
Wenn ja: welche:.....

Ernährung

Ernährungszustand:Normalgewicht Untergewicht Übergewicht Nahrungssonde
Parenterale Ernährung: Port ja nein ZVK ja nein
Lebensmittelunverträglichkeiten/ allergische Reaktionen: ja nein
Wenn ja: welche:.....

Medikamente: es werden momentan verabreicht (wenn möglich bitte Med. plan beifügen)

.....
.....

BTM : janein welche :..... Injektionenjanein welche.....
Sauerstoff:janein

Orientierung/ Verhalten:

Orientiert: **zeitlich**janein, **örtlich**janein **persönlich**janein
Auffälligkeiten:Schreien/ Rufen Aggressivität Motorische Unruhedepressiv
nächtliche Unruhe
Besteht oder bestand Selbst- oder Fremdgefährdung ja nein

Besteht Weglaufgefahr? ja nein

freiheitsentziehende Maßnahmen z.B Bettgitter, Bauchgurt, Vorsatztisch ja nein

Pflegerischer Hilfebedarf

Benötigt Hilfe bei folgenden Handlungen des täglichen Bedarfs:

Gehen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich	stehfähig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Essen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich	Schluckstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Waschen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich		
Ankleiden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich		
Aufstehen/ zu Bett gehen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich	ständig bettlägerig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Toilette benutzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich	Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Harninkontinenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes

.....

