



ALTEN- UND PFLEGEHEIM ST. RAPHAEL HOSPITALORDEN VOM HL. JOHANNES VON GOTT

Forellenweg 3
61462 Königstein/Taunus

Telefon: 06174 / 9269-0
Telefax: 06174 / 926926
e-mail: verwaltung@barmherzige-koenigstein.de

Ärztlicher Fragebogen

- anlässlich einer Anmeldung zur Heimaufnahme -

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: weiblich männlich

Probleme/Risiken:

- | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Suchtmittelabusus | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit | <input type="checkbox"/> Wandern | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Infektionsgefährdung durch – besonders meldepflichtige Krankheiten nach §§ 6, 7 IfSG: | | | | <input type="checkbox"/> MRSA/ORSA |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Lungentuberrulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweise:

Allgemeiner Zustand:

- | | | | | |
|-----------------|---------------------------------------|--|--|--|
| körperlich: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> kachektisch | <input type="checkbox"/> adipös | <input type="checkbox"/> |
| Gehör: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt (re) (li) | <input type="checkbox"/> taub (re) (li) | <input type="checkbox"/> Hörgerät (re) (li) |
| Sehen: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt (re) (li) | <input type="checkbox"/> blind (re) (li) | <input type="checkbox"/> Brille |
| Zähne/Prothese: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> Prothese (unten/oben) | <input type="checkbox"/> fehlt | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Kommunikation: | <input type="checkbox"/> versteht gut | <input type="checkbox"/> spricht fließend | <input type="checkbox"/> Sprache gestört | <input type="checkbox"/> Verständnis gestört |

Hinweise:

Psyche:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> gedrückt | <input type="checkbox"/> nervös | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> wechselhaft | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> gespannt | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> gehoben | <input type="checkbox"/> antriebsgesteigert | <input type="checkbox"/> neigt zu Tätlichkeiten | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> reizbar | <input type="checkbox"/> antriebsarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Orientierung:

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | zur Person: | zeitlich: | örtlich: | situativ: |
| gut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eingeschränkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| desorientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bewusstseinstörungen: Nein Ja:

Atmung:

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> Zyanose | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> bei Belastung | <input type="checkbox"/> in Ruhe | <input type="checkbox"/> |

Besonderheiten:

Temperatur:

- keine Probleme, physiologisch

Körperpflege:

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | selbstständig | unter Anleitung | Teilhilfe | volle Hilfe |
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nagelpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren/Frisieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Be- und Entkleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Besonderheiten/Probleme:

Haut:

- keine Probleme trockene Haut

Wunden/Dekubiti: Nein Ja - jeweils Ort, Art, Aussehen und Behandlung bitte unter „sonst. ärztl. Verordnungen“

Mobilität:

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | selbstständig | unter Anleitung | Teilhilfe | volle Hilfe | nicht möglich |
| Aufstehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gebrauch von Gehhilfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gebrauch von Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bettlägerigkeit: ja! Wie gelagert?: zeitweise nein

Aktivierung - Wie?:

Besonderheiten/Probleme:

Ernährung:

- isst selbstständig benötigt Anregung benötigt Teilhilfe benötigt volle Hilfe
- Normalkost Diät:..... Kostform:.....
- Sondenkost: Art:..... Menge(ml/Tag):..... zusätzl. Tee/Wasser:.....ml Rate:.....ml/h
- über PEG/..... gelegt am:..... mittels Pumpe anders:..... -kann oral essen/trinken: nein ja:.....

Besonderheiten/Probleme:.....

Ausscheidung:

- selbstständig benötigt Teilhilfe benötigt volle Hilfe
- Harninkontinenz Stuhlinkontinenz letzter Stuhlgang:.....
- Toilettenstuhl Urinflasche Steckbecken
- B – Dauerkatheter: Größe: CH..... zuletzt gelegt am:..... geblockt mit:.....ml
- Anus praeter:.....

Besonderheiten/Probleme:.....

Ruhen und Schlafen:

- keine Probleme Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Besonderheiten/Probleme:.....

Für Sicherheit sorgen:

- Sturzgefahr Bettgitter Brettstuhl Bauchgurt
- Geschlossene Unterbringung ja, bis..... nein

Besonderheiten/Probleme:.....

Diagnosen (bitte einschl. bestehende bzw. durchgemachte Infektionen):

Medikamenten-Einnahme:

	Medikation	Form	morgens	mittags	abends	nachts
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Sonstige Medikation:.....

Medikation bei Bedarf:..... max. Dosis/Tag:.....

Einnahme: selbstständig kontrollieren

Beschäftigung:

- BT/AT lesen Radio Fernsehen Spiele
- Patient benötigt ständig aktivierende Pflege und Betreuung wegen Antriebsmangel, Bedürfnislosigkeit und Mangel an sozialen Fähigkeiten.
- Patient muss wegen mangelnder Kontrolle gegenüber Suchtmitteln ständig beaufsichtigt werden.
- Patient kann durch aktivierende Pflege zeitweise außerhalb des Bettes sein.

Besonderheiten/Probleme:.....

Sonst. ärztl. Verordnungen:

(u.a. Wundbehandlung!)

.....

.....

.....

Hinweise:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der/des Patientin/en!

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der/des Ärztin/Ar