# Ärztlicher Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Behandelnde Ärzte**

Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Betreuung auch weiter [ ]  ja [ ]  neinTel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnosen**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medikamente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_\_ kg RR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ BZ: \_\_\_\_\_\_\_\_ mg%

**Allergie** [ ]  ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

**Herzschrittmacher** [ ]  ja nächste Kontrolle am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

**Bewusstseinslage**

**[ ]  w**ach [ ]  ansprechbar **[ ]** somnolent **[ ]** komatös

**Kommunikation**

Sprache eingeschränkt [ ]  ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

Sehen eingeschränkt [ ]  ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

Gehör eingeschränkt [ ]  ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

**Hilfsmittel** **[ ]** Brille **[ ]** Hörgerät **[ ]** Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gerontopsychiatrische Veränderungen**

**[ ]** nicht vorhanden **[ ]** Abwehrverhalten **[ ]** motorische Unruhe **[ ]** antriebslos

**[ ]** weitere Verhaltensauffälligkeiten

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orientierung**

Zum Ort **[ ]** ja **[ ]** nein **[ ]** zeitweise

Zur Situation **[ ]** ja **[ ]** nein **[ ]** zeitweise

Zur Zeit **[ ]** ja **[ ]** nein **[ ]** zeitweise

Zur Person **[ ]** ja **[ ]** nein **[ ]** zeitweise

**Schlaf**

Schlafstörung **[ ]** ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

**Mobilität**

Gehen selbständig **[ ]** ja **[ ]** nein **[ ]** mit Hilfe

Stehen selbständig **[ ]** ja **[ ]** nein **[ ]** mit Hilfe

Treppen steigen selbständig **[ ]** ja **[ ]** nein **[ ]** mit Hilfe

Sitzen selbständig **[ ]** ja **[ ]** nein

Lagerungswechsel selbständig **[ ]** ja **[ ]** nein

Bettlägerigkeit **[ ]** ja **[ ]** nein **[ ]** zeitweise

Spastik **[ ]** ja wo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontrakturen **[ ]** ja wo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amputationen **[ ]** ja wo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hilfsmittel**[ ]** Rollator **[ ]** Gehbock **[ ]** Rollstuhl **[ ]** Prothese

**[ ]** andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Körperpflege** ohne Hilfe Teilübernahme Vollübernahme

Waschen **[ ]** **[ ]** **[ ]**

Duschen/Baden **[ ]  [ ]  [ ]**

Zahn-/Mundpflege **[ ]  [ ]  [ ]**

Rasieren **[ ]  [ ]  [ ]**

Kämmen **[ ]  [ ]  [ ]**

An-/Auskleiden **[ ]  [ ]  [ ]**

**Ernährung**

Hilfestellung bei der

Nahrungsaufnahme **[ ]** nein**[ ]** teilweise**[ ]** unter Anleitung [ ]  Essen eingeben

Mundgerechte Zubereitung **[ ]** nein**[ ]** teilweise**[ ]** unter Anleitung [ ]  Übernahme

Hilfsmittel **[ ]** PEG **[ ]** Sonstige **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ausscheidungen**

Harninkontinenz **[ ]** nein [ ] ja

Dauerkatheter **[ ]** nein [ ] ja zuletzt gewechselt am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stuhlinkontinenz **[ ]** nein [ ] ja

Anus praeter **[ ]** nein [ ] ja

Obstipation **[ ]** nein [ ] ja

Diarrhoe **[ ]** nein [ ] ja

**Dekubitus [ ]** nein [ ] ja Lokalisation/Grad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Weitere Wunden** **[ ]** nein [ ] ja Lokalisation/Wundart \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Suchtkrankheiten**

Nikotin **[ ]** nein [ ] ja

Alkohol **[ ]** nein [ ] ja

Medikamente **[ ]** nein [ ] ja welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere Abhängigkeiten **[ ]** nein [ ] ja welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ansteckende Krankheiten**

Ansteckenden Krankheiten **[ ]** nein **[ ]**  ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausscheider von Krankheitserregern **[ ]** nein **[ ]**  ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MRSA **[ ]** nein [ ] ja

Noro Viren **[ ]** nein [ ] ja

TBC **[ ]** nein [ ] ja

Letzte Thoraxaufnahme vom \_\_\_\_\_\_\_\_ Befund \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rehabilitationspotenzial **[ ]** nein **[ ]** ja welches \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Therapien**

**[ ]** Krankengymnastik **[ ]** Ergotherapie **[ ]** Logopädie

**[ ]** Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Besonderer Pflegebedarf**

Sauerstoffgabe **[ ]** nein [ ] ja

Versorgung der Trachealkanüle **[ ]** nein [ ] ja

Subcutane Infusion **[ ]** nein [ ] ja

Venöser Zugang **[ ]** nein [ ] ja

Dialyse **[ ]** nein [ ] ja

**Impfstatus**

Impfschutz Covid 19 **[ ]** nein [ ] ja

Weitere Besonderheiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift und Stempel des Arztes