



Bayerisches Rotes Kreuz

Kreisverband Neuburg-Schrobenhausen

Seniorenzentrum
Richard-Wagner-Straße 18
86633 Neuburg/Donau
Tel. 0 84 31 / 67 78 - 0
Fax. 0 84 31 / 67 78 - 680
e-mail: sz@kvndsob.brk.de
www.brk-seniorenzentrum-neuburg.de

Ärztlicher Fragebogen und Pflegebericht

(Eingangsstempel)

- Pflegebereich vollstationär
- Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
- Wohnen für Rüstige
- Tagespflege

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen!

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

Hausarzt Adresse, Telefon: _____

zur Zeit:

Krankenhaus/Reha-Einrichtung: _____

Adresse, Telefon _____

Station, Bereich, Telefon-Durchwahl: _____

Behandelnder Arzt im

Krankenhaus/Reha-Einrichtung: _____

Telefon-Durchwahl: _____

Medizinische Diagnosen (Bitte gesonderte Zusammenstellung beilegen)

Der Patient braucht Hilfe:

Ruhen und Schlafen:

Beim Aufstehen aus dem Bett Ja Nein Zeitweise
Beim Zubettgehen Ja Nein Zeitweise
Muss umgelagert werden Ja Nein Zeitweise
Patient ist nachts unruhig Ja Nein Zeitweise
Patient ist bettlägerig Ja Nein Zeitweise

* Erläuterungen siehe unten

VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.

Körperpflege / Kleidung:

Beim Waschen Ja Nein Zeitweise
Beim Kämmen / Rasieren Ja Nein Zeitweise
Bei der Mundpflege Ja Nein Zeitweise
⇒ Zahnprothesen vorhanden Ja Nein wenn ja Oberkieferproth. Unterkieferproth.
Beim Baden / Duschen Ja Nein Zeitweise
Beim An- u. Auskleiden Ja Nein Zeitweise

* Erläuterungen siehe unten

VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.

Ernährung:

Bei der Nahrungsaufnahme
Hilfestellung erforderlich Ja Nein Zeitweise
Sonderkostform erforderlich Ja Nein wenn ja, welche _____
Beim Trinken
Hilfestellung erforderlich Ja Nein Zeitweise
Allergien Ja Nein wenn ja, welche _____
Diabetiker Ja Nein insulinpfl. tablettenpfl.
Welche Form von Diabetes: _____
 diätisch eingestellt _____BE
PEG-Sonde vorhanden Ja Nein orale Nahrungszufuhr zusätzlich möglich?
Kostform normal passiert _____
Neigt zu Kachexie Ja Nein
Neigt zu Exsikkose Ja Nein

* Erläuterungen siehe unten

VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.

Mobilität:

Beim selbständigen Gehen Ja Nein Zeitweise
Beim Treppen steigen Ja Nein Zeitweise
Benötigt Hilfsmittel Ja Nein Zeitweise
⇒ Wenn ja, welche? _____
hat Lähmungen Ja Nein Welche _____
hat Kontrakturen Ja Nein Welche _____
hat Amputationen Ja Nein Welche _____
körperliche Behinderungen Ja Nein Welche _____

* Erläuterungen siehe unten

VÜ TÜ Anleitg.
 VÜ TÜ Anleitg.

* VÜ = volle Übernahme; TÜ = teilweise Übernahme

Der Patient braucht Hilfe:

Orientierung:

* Erläuterungen siehe unten

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Örtlich | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |
| Zeitlich | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |
| Situativ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |
| Zur eigenen Person | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |
| Zu anderen Personen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |
| Bestehen Weglauftendenzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |

Psychische Auffälligkeiten:

- Demenz Ja Nein Typ: _____

- Depression Ja Nein Typ: _____

- Halluzinationen Ja Nein Art : _____

- Sonstiges _____

- Gemütsstimmung freundlich willig verdrießlich
- Gefährliche Eigenschaften Ja Nein
⇒ Wenn ja, welche? _____
- Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig Ja Nein
⇒ Wenn ja, welche? Bettgitter Gurt im Bett Gurt am Stuhl
 geschlossene Unterbringung
- Stimmt der freiheitsentziehenden Maßnahme von sich aus zu? Ja Nein
- Richterlicher Beschluss vorhanden? Ja Nein beantragt am _____
 muss beantragt werden

Ausscheidung:

* Erläuterungen siehe unten

- | | | | | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| beim Toilettengang | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> VÜ | <input type="checkbox"/> TÜ | <input type="checkbox"/> Anleitg. |
| Patient ist inkontinent | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> Training notwendig | | |
| ⇒ Wenn ja, Art der Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Tröpfcheninko. | | <input type="checkbox"/> Stressinko. | <input type="checkbox"/> Dranginko. | | |
| Inkontinenzmaterial | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Einlagen | | |
| Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | |
| Suprapubischer Katheter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | |
| Anus praeter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | |
| Benötigt Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | | | |

Der Patient braucht Hilfe:

Kommunikation:

Sprachstörung Ja Nein

⇒ Wenn ja, welche _____

Eingeschränktes Sehvermögen Ja Nein

Brille Ja Nein

Schwerhörigkeit Ja Nein

Hörgerät Ja Nein rechts links

Hautzustand:

Dekubitus Ja Nein

⇒ Wenn ja, Lokalisation? Steiß Trochanter re. Trochanter li.
 Ferse re. Ferse li.

Andere: _____

Grad: ° I ° II ° III ° IV

Therapie: _____

Ulcera / Dermatitis / _____

Diabetisches Gangrän _____

Sonstige Gegebenheiten:

Trachealkanüle Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Suchterkrankung Ja Nein

⇒ Wenn ja, welche Nikotin Alkohol Medikamente

Epilepsie Ja Nein

Der Patient

ist frei von ansteckenden Krankheiten (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Ja Nein

Der Patient

benötigt nach ärztlicher Einschätzung und Begutachtung eine Wohnmöglichkeit bei vollstationärer Dauerpflege Ja Nein

Weitere Hinweise und Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes