



# 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 - 95  
e-mail: sz@kvneuburg-schrobenhausen.brk.de  
www.brk-seniorenzentrum-neuburg.de

## Ärztlicher Fragebogen und Pflegebericht

(Eingangsstempel)

- Pflegebereich vollstationär
- Pflegebereich Kurzzeitpflege
- Pflegebereich off. Gerontopsychiatrie
- Wohnen für Rüstige
- Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
- 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** (bei Bedarf 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 bettlägrig  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.

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.

## 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:

4

### 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