



Bayerisches Rotes Kreuz

Kreisverband Neuburg-Schrobenhausen

Seniorenzentrum
Richard-Wagner-Straße 18
86633 Neuburg/Donau
Tel. 0 84 31 / 67 78 - 15
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 (PG 1 – PG 5)
- Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
- Pflegebereich off. Gerontopsychiatrie
- 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 mit ICD Code)

Der Patient braucht Hilfe:

Ruhen und Schlafen:

Beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Muss umgelagert werden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Patient ist nachts unruhig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Patient ist bettlägerig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise

Körperpflege / Kleidung:

Beim Waschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim Kämmen / Rasieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Bei der Mundpflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim Baden / Duschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim An- u. Auskleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise

Ernährung:

* Erläuterungen siehe unten

Bei der Nahrungsaufnahme Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Sonderkostform erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche _____
Beim Trinken Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche _____
Diabetiker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> insulinpfl. <input type="checkbox"/> tablettenpfl.
PEG-Sonde vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> orale Nahrungszufuhr zusätzlich möglich?
Kostform	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> passiert	_____
Neigt zu Kachexie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Neigt zu Exsikkose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Mobilität:

* Erläuterungen siehe unten

Beim selbständigen Gehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim Treppen steigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Benötigt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
⇒ Wenn ja, welche?	_____		
hat Lähmungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche _____
hat Kontrakturen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche _____
hat Amputationen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche _____
körperliche Behinderungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche _____

Der Patient braucht Hilfe:

Orientierung:

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:

beim Toilettengang Ja Nein zeitweise

Patient ist inkontinent Ja Nein zeitweise

⇒ Wenn ja, Art der Inkontinenz Urin Stuhl

Dauerkatheter Ja Nein

Suprapubischer Katheter Ja Nein

Anus praeter Ja 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 Fuß, PAVK _____

Sonstige Gegebenheiten:

Trachealkanüle Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Suchterkrankung Ja Nein

⇒ Wenn ja, welche Nikotin Alkohol Medikamente

Epilepsie Ja Nein

O²-Therapie Ja Nein

Der Patient

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

Ja Nein

- beiliegendes Attest ausfüllen

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