



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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Typ: _____ _____
Depression	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Typ: _____
Halluzinationen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art : _____
Sonstiges	_____		
Gemütsstimmung	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> verdrießlich
Gefährliche Eigenschaften	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
⇒ Wenn ja, welche?	_____		
Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
⇒ Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Bettgitter	<input type="checkbox"/> Gurt im Bett	<input type="checkbox"/> Gurt am Stuhl
	<input type="checkbox"/> geschlossene Unterbringung		
Stimmt der freiheitsentziehenden Maßnahme von sich aus zu?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Richterlicher Beschluss vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beantragt am _____
	<input type="checkbox"/> 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