



# 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](mailto:sz@kvndsob.brk.de)  
[www.brk-seniorenzentrum-neuburg.de](http://www.brk-seniorenzentrum-neuburg.de)

## Ärztlicher Fragebogen und Pflegebericht

(Eingangsstempel)

- ☐ Pflegebereich vollstationär (PG 1 – PG 5)
- ☐ Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
- ☐ Pflegebereich offene Gerontopsychiatrie (**kein** beschützender Bereich)
- ☐ Tagespflege

- Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen!
- Bitte gesonderte Zusammenstellung der medizinischen Diagnosen beilegen, mit ICD Code!
- Aktuelle Medikamentenplan (nicht älter als 2 Wochen)

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:

---

## 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<br>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<br>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

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ulcer / Dermatitis / \_\_\_\_\_

Diabetisches Fuß, PAVK \_\_\_\_\_

### Sonstige Gegebenheiten:

Trachealkanüle ☐ Ja ☐ Nein

Herzschrittmacher ☐ Ja ☐ Nein

Suchterkrankung ☐ Ja ☐ Nein

⇒ Wenn ja, welche ☐ Nikotin ☐ Alkohol ☐ Medikamente ☐ Drogen

Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein

O<sup>2</sup>-Therapie ☐ Ja ☐ Nein

### Der Patient

ist frei von ansteckenden Krankheiten (§ 35 Abs. 5 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