



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!

Bitte gesonderte Zusammenstellung der medizinischen Diagnosen beilegen, mit ICD Code!

| | |
|---|-------------------------|
| Name: | _____ |
| Vorname: | _____ |
| Geburtsdatum: | _____ |
| Hausarzt: | _____ |
| Hausarzt Adresse, Telefon: | _____ _____ _____ |
| <u>zur Zeit:</u> | |
| 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 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 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Patient ist inkontinent | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| ⇒ Wenn ja, Art der Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Urin | <input type="checkbox"/> Stuhl | |
| 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 | |

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