

Ärztlicher Fragebogen

Bitte nur vom Hausarzt ausfüllen lassen anlässlich der Anmeldung zur Langzeit- oder Kurzzeitpflege in der Theresienklinik

Theresienklinik TK-Pflege Sekretariat Tel.:07633-4042345

Fax:07633-4045608

Personalien Vor- und Zuname: Pflegezeitraum: Pflegegrad:	(Geburtsdatum: Größe: Gewicht:			
Diagnosen					
			_		
Besteht eine ansteckende Krankheit?			ja -	nei	n
Wenn ja, welche?		l			
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			ja	nei	n
Bestehen psychische Störungen?					
			ja	nei	n
Existieren Abhängikeiten? Wenn ja, welche?					
			ja	nei	n
Existiert ein Dekubitus? Wenn ja, Lokalisation/Größe/Grad:		l			
			ja	nei	n
Besteht Suizidgefahr? Bestehen Hauterkrankungen?		I] 		••
Wenn ja, welche?					
Behandelnder Arzt während des Aufenthaltes	?				
Verordnete Medikamente					
Medikamente	mo	<u>mi</u>	<u>ab</u>	<u>na</u>	

	ja	nein
Liegt eine Patientenverfügung vor?		
Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt?		
Wenn ja, wer ist der		
Betreuer/Telefonnummer?		
	io	nein
Destable size Walling ab (0	ja	_
Besteht eine Vollmacht?		
Wenn ja, wer hat die Vollmacht/Telefonnummer?	_	
	ja	nein
Sind freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig?		
Wenn ja, welche?		
	ja	nein
Liegt ein richterlicher Beschluss vor?		
	ja	nein
Liegt eine Inkontinenz vor	J e-	П
□ Stressinkontinenz □ Dranginkontinenz □ Reflexinkontinenz		
□ extraurethale Inkontinenz □ Überlaufinkontinenz		

Selbstversorgung / Mobilität	selbstständig	teilweise selbstständig	unselbstständig
Körperpflege Oberkörper			
Körperpflege Unterkörper			
An-/Auskleiden Oberkörper			
An-/Auskleiden Unterkörper			
Positionswechsel im Bett			
Aufstehen aus dem Bett /			
zu Bett gehen			
Stehen			
Gehen			
Nahrungsaufnahme			
Flüssigkeitsaufnahme			
Benutzen der Toilette			
Treppensteigen			

Kognitive Fähigkeiten / Kommunikation	vorhanden	teilweise vorhanden	nicht vorhanden
Verbale Kommunikation			
Nonverbale Kommunikation			
Sprachliche Barriere			
Örtliche Orientierung			
Zeitliche Orientierung			
Orientierung zur Person			
Situative Orientierung			
Mitteilen von elementaren			
Bedürfnissen			

Verhaltensweisen und	keine	selten	häufig
psychische			
Problemalagen			
Nächtliche Unruhe			
Weg- und Hinlauftendenz			
Selbstschädigendes und			
autoaggressives Verhalten			
Aggressives Verhalten			
gegenüber anderen			
Personen			
Verbale Aggression			
Abwehr pflegerischen			
Maßnahmen			
Wahnvorstellungen			
Antriebslosigkeit bei			
depressiver Stimmlage			
Ångste / Zwänge			
Gesundheitliche Problemla	gen	ja	nein
Schluckstörungen			
Transurethraler Dauerkathete	er		
Letzter Wechsel:			
Suprapubischer Katherter			
Letzter Wechsel:			
Stoma: Urin Stuhl			
PEG seit:			
Sondennahrung			
Diabetiker □ insulinpflichtig			
Herzschrittmacher			
Einnahme von gerinnungshemmenden			
Mitteln			
Schmerzen BTM			
Dialyse Welche Tage:			
Tracheostoma			
Sauerstofftherapie			
Allergiene			
Wenn ja, welche?			
Prothesen			
Wenn ja, welche?			
Amputationen			
Wenn ja, welche?			
Halbseitenlähmung □ re	□ li		
Hohe Sturzgefahr			
Kontrakturen			

Hilfsmittel	kein Bedarf	vorhanden	wird benötigt
Rollstuhl			
Rollator			
Brille			
Hörgerät □ re □ li			
Gehstützen			
Zahn(teil)prothese □ oben			
□ unten			

Ort	Datum	Ärztin / Arzt (Stempel / Unterschrift)