

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 / Bitte ausdrucken und als extra Blatt einreichen.

Besteht eine ansteckende Krankheit?

Wenn ja, welche?

ja

9

nein

9

Bestehen psychische Störungen?

ja

5

nein

9

ja

nein

Existieren Abhängigkeiten?

5

1

Wenn ja, welche?

ja

7

nein

1

Existiert ein Dekubitus?

Wenn ja, Lokalisation/Größe/Grad:

ja

5

nein

9

Besteht Suizidgefahr?

Bestehen Hauterkrankungen?

5

Wenn ja, welche?

Behandelnder Arzt während des Aufenthaltes?

Verordnete Medikamente

[illegible]

Liegt eine Patientenverfügung vor?
Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt?
 Wenn ja, wer ist der
 Betreuer/Telefonnummer?

ja **nein**
☐ ☐
☐ ☐

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**
☐ ☐
ja **nein**
☐ ☐

Liegt eine Inkontinenz vor

☐ Stressinkontinenz ☐ Dranginkontinenz ☐ Reflexinkontinenz
☐ extraurethrale 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 psychische Problematiken	keine	selten	häufig
Nächtliche Unruhe	☐	☐	☐
Hinlauftendenz	☐	☐	☐
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	☐	☐	☐
Aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	☐	☐	☐
Verbale Aggression	☐	☐	☐
Abwehr pflegerischen Maßnahmen	☐	☐	☐
Wahnvorstellungen	☐	☐	☐
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmlage	☐	☐	☐
Ängste / Zwänge	☐	☐	☐

Gesundheitliche Problemlagen	ja	nein
Schluckstörungen	☐	☐
Transurethraler Dauerkatheter <i>Letzter Wechsel:</i>	☐	☐
Suprapubischer Katheter <i>Letzter Wechsel:</i>	☐	☐
Stoma: ☐ Urin ☐ Stuhl	☐	☐
PEG <i>seit:</i> Sondennahrung	☐	☐
Diabetiker ☐ insulinpflichtig	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln	☐	☐
Schmerzen ☐ BTM	☐	☐
Dialyse <i>Welche Tage:</i>	☐	☐
Tracheostoma	☐	☐
Sauerstofftherapie	☐	☐
Allergiene <i>Wenn ja, welche?</i>	☐	☐
Prothesen <i>Wenn ja, welche?</i>	☐	☐
Amputationen <i>Wenn ja, welche?</i>	☐	☐
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)