

Ärztlicher Fragebogen

Pflegeeinrichtung im Anna-Ponschab-Haus
 Krumenauerstr. 27, 85049 Ingolstadt
 Tel. 0841/880-5480 Fax 0841/880-5485



Ärztliche Untersuchung

Herr / Frau

geb. am

wohnhaft

beantragte die Aufnahme in unserer Einrichtung/Kurzzeitpflege. Zur Beurteilung von Art und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bitten wir um nachstehende Angaben. Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

	nein	selten	häufig	dauernd		nein	selten	häufig	dauernd
Benötigt der/die Patient/in Hilfe bei									
Gehen/Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist der/die Patient/in					Treten nachts				
zeitlich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unruhezustände auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist der/die Patient/in				
persönlich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	bettlägerig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	weglaufgefährdet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist der/die Patient/in									
harninkontinent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
stuhlinkontinent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

.....

Bestehen ansteckende Krankheiten (bitte genau bezeichnen)?

.....

Liegen Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vor? ja nein

Wie ist die Gemütsstimmung / seelische Verfassung?

.....

Wurde Verhaltensauffälligkeiten/Aggressivität beobachtet?

.....
.....

Besteht oder bestand eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?

.....
.....

Bestehen Allergien (wenn ja, welche)?

.....
.....

Diagnosen

.....
.....
.....
.....

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Sind behandlungspflegerische Leistungen erforderlich (wenn ja, wie oft bzw. womit)?

Erhebung Vitalwerte: RR:..... BZ:

Wundversorgung:.....
.....

Dauerkatheder: gelegt am CH blocken mit.....

Sonstiges:.....

Ist Diät- oder Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?

.....
.....

Ernährung über Nahrungssonde (Art und Menge)?

.....
.....

Hinweise, Bemerkungen

.....
.....

.....
Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes
