

## F04.03.02 Ärztlicher Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Behandelnde Ärzte

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Betreuung auch weiter  ja  nein Tel.: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### Diagnosen

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Medikamente

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg RR: \_\_\_\_\_ BZ: \_\_\_\_\_ mg%

Allergie  ja \_\_\_\_\_   
 nein

Herzschrittmacher  ja nächste Kontrolle am: \_\_\_\_\_

### Bewusstseinslage

wach     ansprechbar     somnolent     komatös

### Kommunikation

Sprache eingeschränkt     ja \_\_\_\_\_   
nein

Sehen eingeschränkt     ja \_\_\_\_\_   
nein

Gehör eingeschränkt     ja \_\_\_\_\_   
nein

Hilfsmittel     Brille     Hörgerät     Andere: \_\_\_\_\_

### Gerontopsychiatrische Veränderungen

nicht vorhanden     Abwehrverhalten     motorische Unruhe     antriebslos  
 weitere Verhaltensauffälligkeiten

### Orientierung

Zum Ort     ja     nein     zeitweise

Zur Situation     ja     nein     zeitweise

Zur Zeit     ja     nein     zeitweise

Zur Person     ja     nein     zeitweise

### Schlaf

Schlafstörung     ja \_\_\_\_\_   
nein

### Mobilität

Gehen    selbständig     ja     nein     mit Hilfe  
Stehen    selbständig     ja     nein     mit Hilfe  
Treppen steigen    selbständig     ja     nein     mit Hilfe  
Sitzen    selbständig     ja     nein  
Lagerungswechsel    selbständig     ja     nein  
Bettlagerigkeit     ja     nein     zeitweise



Spastik  ja wo: \_\_\_\_\_

Kontrakturen  ja wo: \_\_\_\_\_

Amputationen  ja wo: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel  Rollator  Gehbock  Rollstuhl  Prothese  
 andere \_\_\_\_\_

<b>Körperpflege</b>	ohne Hilfe	Teilübernahme	Vollübernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn-/Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ernährung**

Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme  nein  teilweise  unter Anleitung  Essen eingeben

Mundgerechte Zubereitung  nein  teilweise  unter Anleitung  Übernahme

Hilfsmittel  PEG  Sonstige \_\_\_\_\_

**Ausscheidungen**

Harninkontinenz  nein  ja

Dauerkatheter  nein  ja zuletzt gewechselt am: \_\_\_\_\_

Stuhlinkontinenz  nein  ja

Anus praeter  nein  ja

Obstipation  nein  ja

Diarrhoe  nein  ja

**Dekubitus**  nein  ja Lokalisation/Grad \_\_\_\_\_

**Weitere Wunden**  nein  ja Lokalisation/Wundart \_\_\_\_\_



### Suchtkrankheiten

Nikotin  nein  ja  
 Alkohol  nein  ja  
 Medikamente  nein  ja welche \_\_\_\_\_  
 Andere Abhängigkeiten  nein  ja welche \_\_\_\_\_

### Ansteckende Krankheiten

Frei von ansteckenden Krankheiten  nein, welche \_\_\_\_\_ ja   
 Ausscheider von Krankheitserregern  nein, welche \_\_\_\_\_ ja   
 Frei von MRSA  nein  ja  
 Frei von Noro Viren  nein  ja  
 Frei von TBC  nein  ja  
 Letzte Thoraxaufnahme vom \_\_\_\_\_ Befund \_\_\_\_\_  
 Rehabilitationspotenzial  nein  jawelche \_\_\_\_\_

### Therapien

Krankengymnastik  Ergotherapie  Logopädie  
 Andere

### Besonderer Pflegebedarf

Sauerstoffgabe  nein  ja  
 Versorgung der Trachealkanüle  nein  ja  
 Subcutane Infusion  nein  ja  
 Venöser Zugang  nein  ja

Weitere Besonderheiten



---

Datum      Unterschrift und Stempel des Arztes