

Pflegerischer Fragebogen



Dieser Fragebogen dient der Erfassung wichtiger Informationen zur individuellen Pflege und Betreuung. Er kann von der betreuten Person selbst oder von der mit der Pflege betrauten Person ausgefüllt werden.

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

Verständigung

Hören

Unauffällig Schwerhörigkeit Hörgeräte Taubheit

Sehen

Unauffällig Geringes Sehvermögen Brille Blindheit

Sprechen

Unauffällig

Sonstiges: _____

Orientierung

Zeitlich

Orientiert Desorientiert Teilweise orientiert

Örtlich

Orientiert Desorientiert Teilweise orientiert

Zur Person

Orientiert Desorientiert Teilweise orientiert

Nächtliche Desorientiertheit

Orientiert Desorientiert Teilweise

Weglauftendenzen/Hinlauftendenzen

Orientiert Desorientiert Teilweise

Ernährung/Kostform

Normalkost Schluckoptimierte PEG Sonde

Sondenernährung Unverträglichkeiten, welche _____

Diabetes |

Mobilität

Gehfähigkeit

Ja Nein Hilfsmittel _____

Treppensteigen

Ja Nein

Bettlägerigkeit

Ja Nein

Stürze in der Vergangenheit

Ja Nein

Ausscheidung

Harnausscheidung:

Unauffällig Gelegentliche Inkontinenz Ständig Inkontinenz

Harnableitendes System: welches: _____

Stuhlausscheidung

Unauffällig Gelegentliche Inkontinenz Ständig Inkontinenz

Stomaversorgung, welche: _____

Atmung

Unauffällig Atemunterstützung notwendig, welche: _____

Spezielle Pflegemaßnahmen

Wundverband Tracheotomie Schmerzpumpe Port-a-cath

Picc Line Sonstige: _____

Datum, Ort

Unterschrift

Ärztlicher Fragebogen



Name: _____ VSNr.: _____ PG: _____

Dieser Fragebogen soll vom betreuenden Arzt/Ärztin ausgefüllt werden und dient der Erfassung relevanter medizinischer Informationen für den Aufenthalt in unserer Einrichtung.

Aktuelle medizinische Diagnosen

Allergien

Medikamente: _____

Sonstige: _____

Infektionskrankheiten/multiresistente Keime

Suchtkrankheiten

Alkohol

Medikamente

Nikotin

Sonstige: _____

Aktuelle Medikation

Medikament	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Bedarfsmedikation: _____

Aktuelle Medikation - siehe beigelegtes Medikationsblatt

Freiheitsbe(ein)schränkung

Ja

Nein

Art: _____

Nach dem (HeimAufG) dürfen Hilfsmittel, die die persönliche Freiheit einschränken nur eingesetzt werden, wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt und eine Gefährdungsprognose bestätigt, dass sonst eine ernsthafte Selbst- oder Fremdgefährdung besteht.

Datum, Ort

Unterschrift Arzt