

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung im
 Ev. Altenzentrum Luchtenberg-Richartz-Haus
 Auf der Schützeneich 6
 51399 Burscheid

1. Stammdaten Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____	2. Pflegegrad <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
---	---

3. Hilfebedarf				
- Gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Stock/Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
- Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unmöglich	
- Toilettennutzung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- Waschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- Aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- Ankleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> häufig	
- Antithrombosestrümpfe	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
- Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> SPDK
- Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Obstipation

4. Orientierung, Bewusstsein				
- zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- situative Orientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	
- motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> nachts
- psychischer Zustand	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> labil	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> aggressiv
- Bewusstsein	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> getrübt	<input type="checkbox"/> komatös/sediert	<input type="checkbox"/> schwankend

5. Suchterkrankungen		
- Alkoholabusus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Medikamentenabusus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Raucher*in	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Sonstige: _____		

6. Ernährungszustand			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> exsikkiert	<input type="checkbox"/> kachektisch <input type="checkbox"/> adipös	Ursache: _____
- Diät	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art: _____
- Sonde	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art: _____
- Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht insulinpflichtig <input type="checkbox"/> insulinpflichtig
- Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art: _____
- Flüssigkeitszufuhr	Trinkmenge pro Tag _____ ml		

7. Kommunikation				
- Sehvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> blind
- Hörvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> gehörlos
- Sprachvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Aphasie	

8. Körperliche Einschränkungen		
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Kontrakturen	<input type="checkbox"/> Lähmung

9. Hautbeschaffenheit

- | | | | |
|------------------------|-------------------------------|---|---------------------|
| - Hautschäden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Lokalisation: _____ |
| - Dekubitus | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Grad: ____ | Lokalisation: _____ |
| - Wechseldruckmatratze | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

10. Diagnosen

☐ Herzschrittmacher
 ☐ Port
 ☐ Sauerstoffgerät
 ☐ Stoma
 ☐ Thrombose

11. Medikation

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Kontrollierte Medikamentenvergabe
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

12. Bedarfsmedikation

Medikament	Einzeldosis	max. Dosis in 24 Std.	Indikation	Kontrollierte Medikamentenvergabe
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

13. Infektionen

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| - Ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Art: _____ |
| - Clostridium difficile | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| - Hepatitis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Art: _____ |
| - MRSA | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Lokalisation: _____ |
| - Pilz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Lokalisation: _____ |
| - Sonstige: _____ | | | |

14. Bemerkungen, Hinweise

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes/der Ärztin