

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 <table> <tr> <td>- Gehen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> Stock/Rollator</td> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> </tr> <tr> <td>- Treppen steigen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> unmöglich</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Toilettennutzung</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Essen/Trinken</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Waschen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Aufstehen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Ankleiden</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Frisieren/Rasieren</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td><input type="checkbox"/> ständig</td> <td><input type="checkbox"/> häufig</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Bettlägerigkeit</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ohne Hilfe</td> <td><input type="checkbox"/> mit Hilfe</td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> </tr> <tr> <td>- Antithrombosestrümpfe</td> <td><input type="checkbox"/> kontinent</td> <td><input type="checkbox"/> inkontinent</td> <td><input type="checkbox"/> inkontinent</td> <td><input type="checkbox"/> Dauerkatheter</td> </tr> <tr> <td>- Harninkontinenz</td> <td><input type="checkbox"/> kontinent</td> <td><input type="checkbox"/> inkontinent</td> <td><input type="checkbox"/> Stoma</td> <td><input type="checkbox"/> SPDK</td> </tr> <tr> <td>- Stuhlinkontinenz</td> <td><input type="checkbox"/> kontinent</td> <td><input type="checkbox"/> inkontinent</td> <td><input type="checkbox"/> Obstipation</td> <td></td> </tr> </table>		- 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				<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> häufig		- Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	- Antithrombosestrümpfe	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	- Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> SPDK	- Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Obstipation	
- 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																																																															
		<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> häufig																																																															
- Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden																																																														
- Antithrombosestrümpfe	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter																																																														
- Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> SPDK																																																														
- Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Obstipation																																																															
4. Orientierung, Bewusstsein <table> <tr> <td>- zeitliche Orientierung</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- örtliche Orientierung</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- situative Orientierung</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Orientierung zur Person</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> zeitweise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Hinlauftendenz</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> am Tag</td> <td><input type="checkbox"/> nachts</td> </tr> <tr> <td>- motorische Unruhe</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> labil</td> <td><input type="checkbox"/> depressiv</td> </tr> <tr> <td>- psychischer Zustand</td> <td><input type="checkbox"/> stabil</td> <td><input type="checkbox"/> labil</td> <td><input type="checkbox"/> getrübt</td> <td><input type="checkbox"/> aggressiv</td> </tr> <tr> <td>- Bewusstsein</td> <td><input type="checkbox"/> klar</td> <td><input type="checkbox"/> getrübt</td> <td><input type="checkbox"/> komatös/sediert</td> <td><input type="checkbox"/> schwankend</td> </tr> </table>		- 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				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise		- Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> nachts	- motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> labil	<input type="checkbox"/> depressiv	- psychischer Zustand	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> labil	<input type="checkbox"/> getrübt	<input type="checkbox"/> aggressiv	- Bewusstsein	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> getrübt	<input type="checkbox"/> komatös/sediert	<input type="checkbox"/> schwankend																				
- 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																																																															
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise																																																															
- Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> nachts																																																														
- motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> labil	<input type="checkbox"/> depressiv																																																														
- psychischer Zustand	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> labil	<input type="checkbox"/> getrübt	<input type="checkbox"/> aggressiv																																																														
- Bewusstsein	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> getrübt	<input type="checkbox"/> komatös/sediert	<input type="checkbox"/> schwankend																																																														
5. Suchterkrankungen <table> <tr> <td>- Alkoholabusus</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Medikamentenabusus</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Raucher*in</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Sonstige: _____</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>		- 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: _____																																																	
- 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 <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> exsikkert</td> <td><input type="checkbox"/> kachektisch <input type="checkbox"/> adipös</td> <td>Ursache: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td>Art: _____</td> </tr> <tr> <td>- Diät</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td>Art: _____</td> </tr> <tr> <td>- Sonde</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td>Art: _____</td> </tr> <tr> <td>- Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nicht insulinpflichtig <input type="checkbox"/> insulinpflichtig</td> </tr> <tr> <td>- Allergien</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td>Art: _____</td> </tr> <tr> <td>- Flüssigkeitszufuhr</td> <td colspan="2">Trinkmenge pro Tag _____ ml</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> exsikkert	<input type="checkbox"/> kachektisch <input type="checkbox"/> adipös	Ursache: _____			Art: _____	- 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																																									
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> exsikkert	<input type="checkbox"/> kachektisch <input type="checkbox"/> adipös	Ursache: _____																																																																
		Art: _____																																																																
- 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 <table> <tr> <td>- Sehvermögen</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Brille</td> <td><input type="checkbox"/> bind</td> </tr> <tr> <td>- Hörvermögen</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Hörgerät</td> <td><input type="checkbox"/> gehörlos</td> </tr> <tr> <td>- Sprachvermögen</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Aphasia</td> <td></td> </tr> </table>		- Sehvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> bind	- 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"/> Aphasia																																																			
- Sehvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> bind																																																														
- 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"/> Aphasia																																																															
8. Körperliche Einschränkungen <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> Lähmung</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> Lähmung																																																																
<input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> Lähmung																																																																		

9. Hautbeschaffenheit

- Hautschäden nein ja Lokalisation: _____
- Dekubitus nein ja, Grad: _____ Lokalisation: _____
- Wechseldruckmatratze nein 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
					<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 nein ja Art: _____
- Clostridium difficile nein ja
- Hepatitis nein ja Art: _____
- MRSA nein ja Lokalisation: _____
- Pilz nein ja Lokalisation: _____
- Sonstige: _____

14. Bemerkungen, Hinweise

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes/der Ärztin