

Pflegerischer und ärztlicher Fragebogen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Richard-Böttger-Heim
<input type="checkbox"/> Ida-Scipio-Heim
<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Pauline-Maier-Haus
<input type="checkbox"/> Seniorenzentrum Waldhof |
|---|---|

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Liegen ansteckende Krankheiten vor:		
3 MRGN <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	4 MRGN <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	MRSA <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
VRE <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis (A/B/C) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ESBL <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Clostridium difficile <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Liegt ein negativer SARS-Cov 2-Test vor (nicht älter als 4 Tage)	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Datum:.....

Selbstversorgung/ Mobilität	selbständig	teilweise selbstständig	unselbständig
Körperpflege Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung einer Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kognitive Fähigkeiten/ Kommunikation	vorhanden	teilweise vorhanden	nicht vorhanden
Verbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-Verbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachliche Barriere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitgedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langzeitgedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Keine	Selten	Häufig
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weg- und Hinlauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitliche Problemlagen	ja	nein
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transurethraler Dauerkatheter Größe: letzter Wechsel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter Größe: letzter Wechsel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG seit: Sondennahrung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetiker <input type="checkbox"/> insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shunt <input type="checkbox"/> re Arm <input type="checkbox"/> li Arm seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen: <input type="checkbox"/> BTM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dialyse <i>Häufigkeit:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beatmung <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothesen <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputationen <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiheitseinschränkende Maßnahmen <i>Wenn ja welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung, z.B. OP- Naht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Halbseitenlähmung <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
Dekubitus <i>Wenn ja wo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Sturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheiten <i>Wenn ja welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewusstseinsstörung <input type="checkbox"/> ja (bitte näher bezeichnen) <input type="checkbox"/> nein		

Hilfsmittel	kein Bedarf	vorhanden	wird benötigt
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgeräte <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn(teil)prothesen <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnosen (ICD-10)

Medikamente (alternativ Bundeseinheitlicher Medikationsplan)			
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form

Bei Entlassungen aus dem Krankenhaus fügen Sie bitte den (vorläufigen) Entlassbrief (inklusive Diagnosen und Medikationsplan) bei. **Hinweis: Erfolgt die Entlassung aus der stationären Behandlung vor einem Wochenende oder Feiertag kann im Rahmen des Entlassmanagements die lückenlose Versorgung mit erforderlichen Arzneimitteln durch Mitgabe aus dem Krankenhaus sichergestellt werden.**

Ort

Datum

Ärztin/Arzt
(Stempel/Unterschrift)