



# ALTEN- UND PFLEGEHEIM ST. RAPHAEL HOSPITALORDEN VOM HL. JOHANNES VON GOTT

Forellenweg 3  
61462 Königstein/Taunus

Telefon: 06174 / 9269-0  
Telefax: 06174 / 926926  
e-mail: [verwaltung@barmherzige-koenigstein.de](mailto:verwaltung@barmherzige-koenigstein.de)

## Ärztlicher Fragebogen

- anlässlich einer Anmeldung zur Kurzzeitpflege -

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....  weiblich  männlich

### Probleme/Risiken:

- Diabetes  Allergie  Epilepsie  Suchtmittelabusus  .....
- Herzschrittmacher  Verwirrtheit  Wandern  Weglauftendenz  .....
- Infektionsgefährdung durch – besonders meldepflichtige Krankheiten nach §§ 6, 7 IfSG:  MRSA/ORSA
- Hepatitis  Lungentuberkulose  .....  .....  .....

Hinweise: .....

### Allgemeiner Zustand:

- körperlich:  gut  kachektisch  adipös  .....
- Gehör:  gut  eingeschränkt (re) (li)  taub (re) (li)  Hörgerät (re) (li)
- Sehen:  gut  eingeschränkt (re) (li)  blind (re) (li)  Brille
- Zähne/Prothese:  gut  Prothese (unten/oben)  fehlt  schlecht
- Kommunikation:  versteht gut  spricht fließend  Sprache gestört  Verständnis gestört

Hinweise: .....

### Psyche:

- ausgeglichen  gedrückt  nervös  .....
- wechselhaft  ängstlich  gespannt  .....
- gehoben  antriebsgesteigert  neigt zu Tätlichkeiten  .....
- reizbar  antriebsarm  .....  .....

### Orientierung:

- |               |                          |                          |                          |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               | zur Person:              | zeitlich:                | örtlich:                 | situativ:                |
| gut           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eingeschränkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| desorientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bewusstseinstörungen:  Nein  Ja: .....

### Atmung:

- keine Probleme  Zyanose  Asthma  .....
- Atemnot  bei Belastung  in Ruhe  .....

Besonderheiten: .....

### Temperatur:

- keine Probleme, physiologisch  .....  .....

### Körperpflege:

- |                    |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | selbstständig            | unter Anleitung          | Teilhilfe                | volle Hilfe              |
| Waschen            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen/Baden      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundpflege         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nagelpflege        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren/Frisieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Be- und Entkleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Besonderheiten/Probleme: .....

### Haut:

- keine Probleme  trockene Haut  .....  .....

Wunden/Dekubiti:  Nein  Ja - jeweils Ort, Art, Aussehen und Behandlung bitte unter „sonst. ärztl. Verordnungen“

### Mobilität:

- |                        |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                        | selbstständig            | unter Anleitung          | Teilhilfe                | volle Hilfe              | nicht möglich            |
| Aufstehen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gebrauch von Gehhilfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gebrauch von Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bettlägerigkeit:  ja! Wie gelagert?: .....  zeitweise  nein

Aktivierung - Wie?: .....

Besonderheiten/Probleme: .....

**Ernährung:**

- isst selbstständig  benötigt Anregung  benötigt Teilhilfe  benötigt volle Hilfe
- Normalkost  .....  Diät:..... Kostform:.....
- Sondenkost: Art:..... Menge(ml/Tag):..... zusätzl. Tee/Wasser:.....ml Rate:.....ml/h
- über PEG/..... gelegt am:.....  mittels Pumpe  anders:..... -kann oral essen/trinken:  nein  ja:.....

Besonderheiten/Probleme:.....

**Ausscheidung:**

- selbstständig  benötigt Teilhilfe  benötigt volle Hilfe
- Harninkontinenz  Stuhlinkontinenz  letzter Stuhlgang:.....
- Toilettenstuhl  Urinflasche  Steckbecken
- B – Dauerkatheter: Größe: CH..... zuletzt gelegt am:..... geblockt mit:.....ml
- Anus praeter:.....  .....

Besonderheiten/Probleme:.....

**Ruhe und Schlafen:**

- keine Probleme  Einschlafstörungen  Durchschlafstörungen

Besonderheiten/Probleme:.....

**Für Sicherheit sorgen:**

- Sturzgefahr  Bettgitter  Brettstuhl  Bauchgurt  .....
- Geschlossene Unterbringung  ja, bis.....  nein

Besonderheiten/Probleme:.....

**Diagnosen** (bitte einschl. bestehende bzw. durchgemachte Infektionen):



**Medikamenten-Einnahme:**

Medikation	Form	morgens	mittags	abends	nachts
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Sonstige Medikation:.....

Medikation bei Bedarf:..... max. Dosis/Tag:.....

Einnahme:  selbstständig  kontrollieren  .....

**Beschäftigung:**

- BT/AT  lesen  Radio  Fernsehen  Spiele  .....
- Patient benötigt ständig aktivierende Pflege und Betreuung wegen Antriebsmangel, Bedürfnislosigkeit und Mangel an sozialen Fähigkeiten.
- Patient muss wegen mangelnder Kontrolle gegenüber Suchtmitteln ständig beaufsichtigt werden.
- Patient kann durch aktivierende Pflege zeitweise außerhalb des Bettes sein.

Besonderheiten/Probleme:.....

**Sonst. ärztl. Verordnungen:**

(u.a. Wundbehandlung!)

.....  
.....  
.....

**Hinweise:**

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der/des Patientin/en!

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der/des Ärztin/Ar