BRK – Haus der Senioren
Stieglberg 3
85283 Wolnzach
Te. 08442-9275-0
Fax 08442-9275-25
e-mail: sekretariat-hds.paf@brk.de
www.hausdersenioren.brk.de

(Eingangsstempel)

Ärztlicher Fragebogen und Pflegebericht

☐ **Pflegebereich vollstationär (PG2 – PG5)**
☐ **Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege (kein beschützender Bereich)**

1. **Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen!**
2. **Bitte gesonderte Zusammenstellung der medizinischen Diagnosen beilegen, mit ICD Code!**
3. **Aktueller Medikamentenplan (nicht älter als 2 Wochen)**

1. Persönliche Angaben	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Pflegegrad	

2. Hausarzt	
Name	
Anschrift	
Erreichbarkeit	Tel.
	Fax
	e-mail

Zur Zeit:	
Krankenhaus/Reha-Einrichtung	
Adresse, Telefon	
Station, Bereich, Telefon	
Behandelnder Arzt im Krankenhaus/Reha-Einrichtung	
Telefon-Durchwahl:	

Ruhen und Schlafen:			
Beim Aufstehen aus dem Bett	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Beim Zubettgehen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Muss umgelagert werden	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Patient ist nachts unruhig	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Patient ist bettlägerig	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise

Körperpflege / Kleidung:			
Beim Waschen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Beim Kämmen / Rasieren	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Bei der Mundpflege	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Beim Baden / Duschen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Beim An- u. Auskleiden	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise

Orientierung:			
Örtlich	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Zeitlich	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Situativ	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Zur eigenen Person	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Zu anderen Personen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Bestehen Weglauftendenzen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise

Ernährung:			
Bei der Nahrungsaufnahme Hilfestellung erforderlich	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Sonderkostform erforderlich	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche _____
Beim Trinken Hilfestellung erforderlich	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Allergien	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche _____
Diabetiker	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
	☐ Insulin	☐ Tabletten	
PEG-Sonde vorhanden	☐ ja	☐ nein	
	☐ orale Nahrungszufuhr zusätzlich möglich?		
Kostform	☐ norm.	☐ passiert	
Neigt zu Kachexie	☐ ja	☐ nein	
Neigt zu Exsikose	☐ ja	☐ nein	

Mobilität:			
Beim selbständigen Gehen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Beim Treppen steigen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Benötigt Hilfsmittel	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
⇨ Wenn ja, welche?			
Hat Lähmungen	☐ ja	☐ nein	Welche _____
Hat Kontrakturen	☐ ja	☐ nein	Welche _____
Hat Amputationen	☐ ja	☐ nein	Welche _____
Körperliche Behinderungen	☐ ja	☐ nein	Welche _____

Psychische Auffälligkeiten:			
Demenz	☐ ja	☐ nein	Typ _____
			_____
Depression	☐ ja	☐ nein	Typ _____
Halluzination	☐ ja	☐ nein	Art _____
Sonstiges			
Gemütsstimmung	☐ freundlich	☐ willig	☐ verdrießlich
Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig	☐ ja	☐ nein	
⇨ Wenn ja, welche?	☐ Bettgitter	☐ Gurt im Bett	☐ Gurt am Stuhl
Stimmt der freiheitsentziehenden Maßnahmen von sich aus zu?	☐ ja	☐ nein	
Richterlicher Beschluss vorhanden	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt am _____
	☐ muss beantragt werden		

Kommunikation:			
Sprachstörung	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
⇨ Wenn ja, welche?			
Eingeschr. Sehvermögen	☐ ja	☐ nein	
Brille	☐ ja	☐ nein	
Schwerhörigkeit	☐ ja	☐ nein	
Hörgerät	☐ ja	☐ nein	

Sonstige Gegebenheiten:				
Trachealkanüle	☐ ja	☐ nein		
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein		
Suchterkrankung	☐ ja	☐ nein		
⇨ Wenn ja, welche?	☐ Nikotin	☐ Alkohol	☐ Medi	☐ Drogen
Epilepsie	☐ ja	☐ nein		
O2-Therapie	☐ ja	☐ nein		
Größe _____	Gewicht _____			

Hautzustand:				
Dekubitus	☐ ja	☐ nein		
⇨ Wenn ja, Lokalisation	☐ ja	☐ Trochanter re.	☐ Trochanter li.	
		☐ Ferse re.	☐ Ferse li.	
Andere				
Grad	☐ ° I	☐ ° II	☐ ° III	☐ ° IV
Therapie				
Ulcera / Dermatitiden /				
Diabetischer Fuß, PAVK				

Der Patient:	
Ist frei von ansteckenden Krankheiten (§ 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz)	
☐ ja	☐ nein

Der Patient:	
Benötigt nach ärztlicher Einschätzung und Begutachtung eine Wohnmöglichkeit bei vollstationärer Dauerpflege	
☐ ja	☐ nein

Weitere Hinweise und Bemerkungen:

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift und Stempel des Arztes