

Ärztlicher Fragebogen

Name : _____ Vorname: _____ Geb.Dat: _____

Anschrift _____ Telefon: _____

Krankenkasse _____

Diagnosen: _____

Ernährungszustand normal () adipös () kachektisch ()

Mobilität/ Gehfähig alleine () mit Hilfsmittel () nur mit Hilfe () Rollstuhlfahrer ()

Desorientierung ja nein teilweise **Grundpflegebedarf**

Persönlich () () () Hilfe beim **Ja Nein**

Zeitlich () () () Waschen () ()

Örtlich () () () An- und Auskleiden () ()

Nächtl. Unruhe () () () Nahrungsaufnahme () ()

Harninkontinenz () () () Toilettenhygiene () ()

Stuhlinkontinenz () () () **Kostform**

Stoma () () Vollkost () ()

Dauerkatheter suprap. () () Schonkost () ()

transurethral () () Diabetes Kost BE () ()

PEG () () Selbst-/ Fremdgefährdentes

Port () () Verhalten () ()

Decubitus () () Suizidgefahr () ()

wo: _____ Grad: _____ Weglauftendenz () ()

Schwerhörigkeit () () sonstiges:

Blindheit () ()

bekannte Allergie: () () Körperliche Behinderung:

welche: _____

Suchtkrankheit () () Geistig- seelische Behinderung:

welche: _____

Klient ist kooperativ () freundlich () optimistisch ()

ängstlich () unfreundlich () pessimistisch ()

Pflegestufe liegt vor 1 () 2 () 3 () nein ()

Antrag auf Einstufung gestellt Ja () Nein ()

Klient ist frei von ansteckenden Krankheiten Ja () Nein ()

wenn **Nein**, welche (z.B. MRSA, TB, Hep. A)

Betreuer: _____

Ludwigshafen, den _____ Stempel und Unterschrift des Arztes