

Ärztlicher Fragebogen

Der ärztliche Fragebogen dient dem ASB Seniorenzentrum zur Vorbereitung des Einzuges.

Bitte nehmen Sie sich 15 Minuten Zeit um alle Frage so zu beantworten, dass dem neuen Bewohner vom ersten Tag an eine individuelle und professionelle Pflege, Betreuung und Versorgung ermöglicht werden kann. Zutreffendes ankreuzen (x), ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Danke !

		Vor- und Zuname				
		Geburtsdatum				
Ist der Bewohner gehfähig?	() ja					() nein
Muss der Bewohner geführt werden?	() ja					() nein
Ist der Bewohner auf den Rollstuhl angewiesen?	() ja					() nein
Ist der Bewohner ständig bettlägerig?	() ja					() nein
Beherrschung des Stuhlgangs?	() ja			() zeitweise	() nein	
Beherrschung des Urinabgangs?	() ja			() zeitweise	() nein	
Hilfe bei der Körperpflege:	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>U</u>	<u>TÜ</u>	<u>VÜ</u>	<u>Nein</u>
Ganz- / Teilkörperwäsche	()	()	()	()	()	()
Baden / Duschen	()	()	()	()	()	()
Zahn- / Mundpflege	()	()	()	()	()	()
Kämmen (Frisieren)	()	()	()	()	()	()
Rasieren	()	()	()	()	()	()
Wasserlassen	()	()	()	()	()	()
Stuhlgang	()	()	()	()	()	()
Richten der Kleidung	()	()	()	()	()	()
Einlagewechsel nach Wasserlassen	()	()	()	()	()	()
Einlagewechsel nach Stuhlgang	()	()	()	()	()	()
Wechseln/Entleeren – Urinbeutel und/oderToilettenstuhl	()	()	()	()	()	()
Wechseln/Entleeren - Stomabeutel	()	()	()	()	()	()

Legende:

A= Anleiten. Benötigt Anregung, Lenkung oder Demonstration beim Ablauf einzelner Handlungsschritte. Führt diese selbständig durch.

B= Beaufsichtigen. Die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtung durch den Betroffenen steht im Vordergrund, sowie die Kontrolle darüber, ob die Verrichtung in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt wird.

U=Unterstützung. Der Betroffene ist bedingt selbständig und benötigt Unterstützung, jedoch nicht bei der Verrichtung sondern bei der Vor- oder Nachbereitung.

TÜ=Teilweise Übernahme. Der Betroffene ist teilweise unselbständig. Er benötigt Hilfe bei der Durchführung der Handlung.

VÜ=Vollständige Übernahme (durch andere!). Der Betroffene ist unselbständig und verhält sich bei der Handlung passiv. Die Handlung wird von einer anderen Person durchgeführt.

Ärztlicher Fragebogen

Hilfe bei der Ernährung: mundgerechte Zubereitung der Nahrung Aufnahme der Nahrung:	<u>A</u> ()	<u>B</u> ()	<u>U</u> ()	<u>TÜ</u> ()	<u>VÜ</u> ()	<u>Nein</u> ()
oral	()	()	()	()	()	()
Sonderkost	()	()	()	()	()	()
Getränke einschenken/anreichen	()	()	()	()	()	()
Hilfe bei der Mobilität: Selbständiges Aufstehen/ Zubettgehen	<u>A</u> ()	<u>B</u> ()	<u>U</u> ()	<u>TÜ</u> ()	<u>VÜ</u> ()	<u>Nein</u> ()
Umlagern	()	()	()	()	()	()
Ankleiden	()	()	()	()	()	()
Entkleiden	()	()	()	()	()	()
Gehen	()	()	()	()	()	()
Stehen	()	()	()	()	()	()
Treppensteigen	()	()	()	()	()	()
Verlassen / Wiederaufsuchen der Wohnung	()	()	()	()	()	()
Bitte zu jedem Hilfebedarf unbedingt die Anlage > spezielle erschwerende Faktoren < ausfüllen!						
Örtlich orientiert?	() ja					() nein
Zeitlich orientiert?	() ja					() nein
Bedarf der Aufsicht?	() dauernd			() zeitweise		() nein
Nachts ruhig?	() ja			() zeitweise		() nein
Eigen- und / oder Fremdgefährdung durch:						
Suchtkrankheit?	() nein			() ja, welche:		

Ärztlicher Fragebogen

Körperliche Behinderung/-en - Art -

Geistig / seelische Behinderung oder Störung - Art -

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Allergien vorhanden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Diagnosen, Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Pflegestufe vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	Welche Stufe liegt vor: _____
	<input type="checkbox"/> Nein	voraussichtl. Pflegestufe? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PEA vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nein	

Ärztlicher Fragebogen

Welches Risiko besteht?

Dekubitusrisiko:		
• Dekubitus vorhanden	() ja	() nein
• Lokalisation:		
Kontrakturrisiko:		
• Kontraktur vorhanden	() ja	() nein
• Lokalisation:		
Sturzrisiko:		
	() ja	() nein
• Bereits gestürzt.....		
Schmerzen:		
• Vorhanden	() ja	() nein
• Lokalisation:		
Mangelernährung:		
	() ja	() nein
• Gewicht		
• Körpergröße		
Exsikoserisiko:		
	() ja	() nein
• Erforderliche Trinkmenge		
Blasenkatheter:		
	() ja	() nein
• Indikation:.....		

Ärztlicher Fragebogen

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)

PEA - Screening

Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wurde festgestellt und besteht weiter?	() ja	() nein
Liegt eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder physische Erkrankung vor?	() ja	() nein

Auffälligkeiten	unauffällig	auffällig
Orientierung	()	()
Antrieb / Beschäftigung	()	()
Stimmung	()	()
Gedächtnis	()	()
Tag- / Nachtrhythmus	()	()
Wahrnehmung und Denken	()	()
Kommunikation / Sprache	()	()
Situatives Anpassen	()	()
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	()	()

Besteht auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Be- treuungsbedarf?	() ja	() nein
--	--------	----------

PEA - Assessment	Ja	Nein
1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnraumes (Weglauftendenz)	()	()
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	()	()
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen	()	()
4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Si- tuation, z.B. Andere ohne ersichtlichen Grund schlagen, be- schimpfen, kneifen, treten.....	()	()
5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten, z.B. Essen verschmieren, Kotschmierer, ständiges An- und Ausklei- den, Gegenstände verstecken oder sammeln ...	()	()
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	()	()

Ärztlicher Fragebogen

7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung	()	()
8. Störung der höheren Hirnfunktion (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben	()	()
9. Störung des Tag-/ Nacht-Rhythmus	()	()
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen zu strukturieren	()	()
11. Verkennen von Alltagssituationen und adäquates Reagieren in Alltagssituationen, z.B. mit Nichtanwesenden sprechen oder schimpfen	()	()
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten, z.B. Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß, das den Umgang mit ihm/ihr erheblich erschwert	()	()
13. Zeitlich überwiegende Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression	()	()

Ärztlicher Fragebogen

Spezielle erschwerende Faktoren (Beispiele)

	<u>Körperpflege</u>
	Waschen:
<input type="checkbox"/>	Kotschmierer
<input type="checkbox"/>	Wehrt sich gegen das Waschen
<input type="checkbox"/>	Hat großes Schamgefühl, deckt sich deshalb immer wieder zu
<input type="checkbox"/>	Muss abends noch einmal im Intimbereich gewaschen werden, wegen
<input type="checkbox"/>	Braucht Hilfe, weil sonst die Wasch-Reihenfolge durcheinander gebracht wird
<input type="checkbox"/>	Hat starke Schmerzen bei jeder Bewegung
<input type="checkbox"/>	Hört schlecht und muss deshalb öfters aufgefordert werden
<input type="checkbox"/>	Muss alle Handlungen gezeigt bekommen
<input type="checkbox"/>	Wäscht sich nur selbst, wenn ein Mitarbeiter unmittelbar dabei bleibt
<input type="checkbox"/>
	Duschen / Baden:
<input type="checkbox"/>	Hat große Angst, klammert sich fest
<input type="checkbox"/>	Will keinen Lifter, deshalb geht alles sehr langsam
<input type="checkbox"/>
	Zahnpflege:
<input type="checkbox"/>	Gibt Prothese nicht ohne weiteres her
<input type="checkbox"/>	Hat eigene Zähne und Schmerzen beim Putzen
<input type="checkbox"/>	Öffnet nur nach mehreren Aufforderungen den Mund
<input type="checkbox"/>	Versteht Aufforderungen wegen Schwerhörigkeit nicht
<input type="checkbox"/>	Versteht Aufforderungen wegen mangelnder kognitiver Fähigkeiten
<input type="checkbox"/>	Versteckt die Prothese
<input type="checkbox"/>	Wirft die Prothese in den Müll
<input type="checkbox"/>	Das Reinigen der Prothese ist nach jeder Mahlzeit notwendig, weil
<input type="checkbox"/>	Das Herausnehmen der Prothese nach den Mahlzeiten ist notwendig, weil
<input type="checkbox"/>
	Kämmen:
<input type="checkbox"/>	Hält Mittagsschlaf und wird deshalb ein zweites Mal gekämmt
<input type="checkbox"/>	Hat lange Haare
<input type="checkbox"/>	Bekommt einen Zopf geflochten
<input type="checkbox"/>	Hält den Kopf nicht still
<input type="checkbox"/>	Zerwühlt sich mehrfach die Haare
<input type="checkbox"/>
	Rasur:
<input type="checkbox"/>	Hat einen Schnauzbart
<input type="checkbox"/>	Es ist nur eine Nassrasur möglich, weil
<input type="checkbox"/>	Hält den Kopf schief, sodass man nicht an allen Stellen am Hals kommt
<input type="checkbox"/>	Hält den Kopf nicht still
<input type="checkbox"/>	Gefährdet sich selbst mit dem Rasierzeug
<input type="checkbox"/>	Hat besonders empfindliche Haut und deshalb erhöhte Verletzungsgefahr
<input type="checkbox"/>	Hat viele Narben im Gesicht
<input type="checkbox"/>
	Darm- und Blasenentleerung:
<input type="checkbox"/>	Zieht sich die schmutzige Einlage aus und legt sie ab, Kotschmierer
<input type="checkbox"/>	Versteckt die schmutzigen Einlagen
<input type="checkbox"/>	Toleriert keine Einlagen und ist deshalb ständig nass
<input type="checkbox"/>	Uriniert ins Zimmer
<input type="checkbox"/>	Schmiert mit Stuhlgang
<input type="checkbox"/>	Zerpflückt die Einlage
<input type="checkbox"/>	Hat chronischen Durchfall
<input type="checkbox"/>	Ist Dauerausscheider
<input type="checkbox"/>	Hat chronische Verstopfung
<input type="checkbox"/>	Muss ausgeräumt werden
<input type="checkbox"/>	Hat ein Prostataleiden, deshalb dauert es lange bis der Urin läuft
<input type="checkbox"/>

Ärztlicher Fragebogen

	Ernährung
	Nahrungsaufnahme:
<input type="checkbox"/>	Benötigt zur Nahrungsaufnahme besondere Hilfsmittel
<input type="checkbox"/>	Hält den Kopf nicht still
<input type="checkbox"/>	Öffnet nur nach mehreren Aufforderungen den Mund
<input type="checkbox"/>	Versteht Aufforderungen wegen mangelnder kognitiver Fähigkeiten nur schwer
<input type="checkbox"/>	Versteht Aufforderungen wegen Schwerhörigkeit nur schwer
<input type="checkbox"/>
	Mobilität
	Gehen:
<input type="checkbox"/>	Muss gesucht werden zu
<input type="checkbox"/>	Läuft sehr langsam, wegen
<input type="checkbox"/>	Benötigt Hilfsmittel
<input type="checkbox"/>	Benutzt kein Hilfsmittel und muss deshalb geführt werden
<input type="checkbox"/>	Läuft den Mitarbeitern/Angehörigen in jedes Zimmer hinterher
<input type="checkbox"/>	Findet nicht ins Zimmer
<input type="checkbox"/>	Verläuft sich im Haus
<input type="checkbox"/>	Läuft ständig in fremde Zimmer
<input type="checkbox"/>	Hat Schmerzen beim Gehen
<input type="checkbox"/>	Bleibt öfters stehen, um sich zu erholen
<input type="checkbox"/>	Ist sturzgefährdet und wird deshalb begleitet
<input type="checkbox"/>	Ist sturzgefährdet und wird deshalb beobachtet
<input type="checkbox"/>	Lässt sich manchmal einfach fallen
<input type="checkbox"/>	Setzt sich oft neben den Stuhl
<input type="checkbox"/>
	Stehen / Transfer:
<input type="checkbox"/>	Hat Schmerzen bei jeder Bewegung
<input type="checkbox"/>	Benötigt Hilfsmittel
<input type="checkbox"/>	Kann nicht lange sitzen und muss deshalb öfters umgesetzt werden
<input type="checkbox"/>	Hat Gleichgewichtsstörungen
<input type="checkbox"/>	Versucht immer wieder selbst aufzustehen, ist aber sturzgefährdet
<input type="checkbox"/>	Ist sehr ängstlich und klammert sich fest
<input type="checkbox"/>
	Umlagern:
<input type="checkbox"/>	Kann wegen Schmerzen nicht lange auf einer Seite liegen
<input type="checkbox"/>	Wehrt sich gegen die Lagerung
<input type="checkbox"/>	Wühlt im Bett
<input type="checkbox"/>	Ist sehr ängstlich und klammert sich fest
<input type="checkbox"/>

Ort / Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin