

## Pflegerischer und ärztlicher Fragebogen Ambulante Pflege und Tagespflegen

Persönliche Daten	
Familiename:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Pflegegrad
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/>

Liegen ansteckende Krankheiten vor:			
COVID-19	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3MRGN	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	4MRGN	<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	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis 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
Sonstige:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche?		

Wurden bereits Impfungen gegen COVID-19 durchgeführt?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Selbstversorgung/ Mobilität</b>	<b>selbständig</b>	<b>teilweise selbstständig</b>	<b>unselbständig</b>
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"/>

<b>Kognitive Fähigkeiten/ Kommunikation</b>	<b>vorhanden</b>	<b>teilweise vorhanden</b>	<b>nicht vorhanden</b>
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"/>

<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</b>	<b>keine</b>	<b>selten</b>	<b>häufig</b>
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"/>

<b>Gesundheitsdaten/ krankheits- und therapiebedingte Anforderungen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transurethraler Blasenkatheter Größe:                    letzter Wechsel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Blasenkatheter Größe:                    letzter Wechsel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enterostoma <input type="checkbox"/> Ileostoma <input type="checkbox"/> Kolostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perkutane endoskopische Gastrostomie (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"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantierter Defibrillator (ICD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsdaten/ krankheits- und therapiebedingte Anforderungen	ja	nein
Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen: <input type="checkbox"/> BTM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialysepflichtig? Häufigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shunt <input type="checkbox"/> re Arm <input type="checkbox"/> li Arm seit:	<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"/>
Wundversorgung, z.B. OP- Naht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung chronischer Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemiparese/-plegie <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheiten <input type="checkbox"/> ja (bitte näher bezeichnen) <input type="checkbox"/> nein		
Bewusstseinsstörung <input type="checkbox"/> ja (bitte näher bezeichnen) <input type="checkbox"/> nein		
Allergien <input type="checkbox"/> ja (bitte näher bezeichnen) <input type="checkbox"/> nein		
Amputationen <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation) <input type="checkbox"/> nein		
Prothesen <input type="checkbox"/> ja (bitte näher bezeichnen) <input type="checkbox"/> nein		
Freiheitseinschränkende Maßnahmen <input type="checkbox"/> ja (Art der FEM) <input type="checkbox"/> nein		
Dekubitus <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation) <input type="checkbox"/> nein		



