

Pflegerischer und ärztlicher Fragebogen Ambulante Pflege und Tagespflegen

Persönliche Daten	
Familienname:	
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

Selbstversorgung/ Mobilität	selbständig	teilweise selbstständig	unselbständig
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"/>

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

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	keine	selten	häufig
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"/>

Gesundheitsdaten/ krankheits- und therapiebedingte Anforderungen	ja	nein
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		

Hilfsmittel	kein Bedarf	vorhanden	wird benötigt
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgeräte <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn(teil)prothesen <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[illegible]

*bitte in Druckschrift gut leserlich angeben

Medikamente (alternativ Bundeseinheitlicher Medikationsplan)								
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Einheit	Einnahme			
					mo	mi	ab	na

Bei Entlassungen aus dem Krankenhaus fügen Sie bitte den (vorläufigen) Entlassbrief (inklusive Diagnosen und Medikationsplan) an.

Hinweis: Erfolgt die Entlassung aus der stationären Behandlung vor einem Wochenende oder Feiertag, kann im Rahmen des Entlassmanagements die lückenlose Versorgung mit erforderlichen Arzneimitteln durch Mitgabe aus dem Krankenhaus sichergestellt werden.

Ort

Datum

Ärztin/Arzt
(Stempel/Unterschrift)