

## Pflegerischer und ärztlicher Fragebogen

- Seniorenzentrum Richard Böttger       Seniorenzentrum Pauline Maier  
 Seniorenzentrum Ida Scipio       Seniorenzentrum Waldhof  
 Ambulante Pflege

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/Infektionen mit MRE <sup>1</sup> vor:			
COVID-19	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV	<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
Clostridioides difficile	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ESBL	<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
Sonstige:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, welche?	

<sup>1</sup> MRE: Multiresistente Erreger

<b>Sind Sie gegen folgende Krankheiten/Krankheitserreger geimpft?</b>	
Saisonale Grippe (Influenza)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
COVID-19 (Neuartiges Coronavirus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gürtelrose (Herpes Zoster)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wundstarrkrampf (Tetanus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn nein, ist eine Impfung gewünscht<sup>2</sup>?</b>	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\*bitte legen Sie uns bei Einzug einen Impfnachweis vor

<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>Kostform</b>			
	<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> passiert

<sup>2</sup> Wird durch den/die behandelnden Arzt/Ärztin vorgenommen.

<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 Bedürf- nissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Verhaltensweisen und psychi- sche Problemlagen</b>	<b>keine</b>	<b>selten</b>	<b>häufig</b>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorisch geprägte Verhaltensauf- fälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinlauff Tendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes und autoag- gressives 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"/>
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 (nicht invasiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung, z.B. OP- Naht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





