



Seniorenzentrum Ludwig-Frank-Haus
Marie-Juchacz-Str.8
77933 Lahr
Tel. 07821/9229-0
Rosemarie.Rimpf@awo-baden.de

Ärztlicher Fragebogen

Stand: 09/15

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Behandelnde Ärzte

Hausarzt: _____ Betreuung auch weiter ja nein Tel.: _____

Facharzt: _____ Fachgebiet: _____ Tel.: _____

Facharzt: _____ Fachgebiet: _____ Tel.: _____

Diagnosen

(auch als Ausdruck im Anhang möglich)

Medikamente (auch als Ausdruck im Anhang möglich)

Größe: _____ Gewicht: _____ kg RR: _____ BZ: _____ mg%

Allergie ja _____ nein

Herzschrittmacher ja, nächste Kontrolle am: _____ nein

Bewusstseinslage

wach ansprechbar somnolent komatös

Kommunikation

Sprache eingeschränkt ja _____ nein

Sehen eingeschränkt ja _____ nein

Gehör eingeschränkt ja _____ nein



Seniorenzentrum Ludwig-Frank-Haus
Marie-Juchacz-Str.8
77933 Lahr
Tel. 07821/9229-0
Rosemarie.Rimpf@awo-baden.de

Hilfsmittel

Brille Hörgerät Andere: _____

Gerontopsychiatrische Veränderungen

nicht vorhanden Abwehrverhalten motorische Unruhe antriebslos
 weitere Verhaltensauffälligkeiten:

Orientierung

Zum Ort ja nein zeitweise
Zur Situation ja nein zeitweise
Zur Zeit ja nein zeitweise
Zur Person ja nein zeitweise

Schlaf

Schlafstörung ja _____ nein

Mobilität

| | | | | |
|------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Gehen | selbständig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Stehen | selbständig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Treppen steigen | selbständig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Sitzen | selbständig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Lagerungswechsel | selbständig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Bettlägerigkeit | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |

Spastik ja wo: _____

Kontrakturen ja wo: _____

Amputationen ja wo: _____

Hilfsmittel Rollator Gehbock Rollstuhl Prothese
 andere _____



Seniorenzentrum Ludwig-Frank-Haus
 Marie-Juchacz-Str.8
 77933 Lahr
 Tel. 07821/9229-0
 Rosemarie.Rimpf@awo-baden.de

Körperpflege

| | ohne Hilfe | Teilübernahme | Vollübernahme |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahn-/Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kämmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ernährung

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|--|---|
| Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> unter Anleitung | <input type="checkbox"/> Essen eingeben |
| Mundgerechte Zubereitung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> unter Anleitung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ | |

Ausscheidungen

| | | | |
|------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | zuletzt gewechselt am: _____ |
| Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Anus praeter | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Obstipation | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Diarrhoe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Dekubitus nein ja Lokalisation/Grad _____

Weitere Wunden nein ja Lokalisation/Wundart _____

Suchtkrankheiten

| | | |
|-----------------------|-------------------------------|--|
| Nikotin | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Alkohol | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Medikamente | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja welche _____ |
| Andere Abhängigkeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja welche _____ |



Seniorenzentrum Ludwig-Frank-Haus
Marie-Juchacz-Str.8
77933 Lahr
Tel. 07821/9229-0
Rosemarie.Rimpf@awo-baden.de

Ansteckende Krankheiten

- Frei von ansteckenden Krankheiten ja nein, welche _____
- Ausscheider von Krankheitserregern nein ja, welche _____
- Frei von MRSA ja nein
- Frei von Noro Viren ja nein
- Frei von TBC ja nein
- Letzte Thoraxaufnahme vom _____ Befund _____
- Rehabilitationspotenzial nein ja welche _____

Therapien

- Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie
- Andere _____

Besonderer Pflegebedarf

- Sauerstoffgabe nein ja
- Versorgung der Trachealkanüle nein ja
- Subcutane Infusion nein ja
- Venöser Zugang nein ja
- Weitere Besonderheiten _____

Datum Unterschrift und Stempel des Arztes