



# Bayerisches Rotes Kreuz

Kreisverband Neuburg-Schrobenhausen

Seniorenzentrum  
Richard-Wagner-Straße 18  
86633 Neuburg/Donau  
Tel. 0 84 31 / 67 78 - 15  
Fax. 0 84 31 / 67 78 - 680  
e-mail: [sz@kvndsob.brk.de](mailto:sz@kvndsob.brk.de)  
[www.brk-seniorenzentrum-neuburg.de](http://www.brk-seniorenzentrum-neuburg.de)

## Ärztlicher Fragebogen und Pflegebericht

(Eingangsstempel)

- Pflegebereich vollstationär (PG 1 – PG 5)
- Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
- Pflegebereich off. Gerontopsychiatrie
- Tagespflege

**Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen!**

**Bitte gesonderte Zusammenstellung der medizinischen Diagnosen beilegen, mit ICD Code!**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt Adresse, Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**zur Zeit:**

Krankenhaus/Reha-Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse, Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Station, Bereich, Telefon-Durchwahl: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt im \_\_\_\_\_

Krankenhaus/Reha-Einrichtung: \_\_\_\_\_

Telefon-Durchwahl: \_\_\_\_\_

## Der Patient braucht Hilfe:

### Ruhen und Schlafen:

Beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Muss umgelagert werden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Patient ist nachts unruhig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Patient ist bettlägerig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise

### Körperpflege / Kleidung:

Beim Waschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim Kämmen / Rasieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Bei der Mundpflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim Baden / Duschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim An- u. Auskleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise

### Ernährung:

\* Erläuterungen siehe unten

Bei der Nahrungsaufnahme Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Sonderkostform erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche _____
Beim Trinken Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche _____
Diabetiker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> insulinpfl. <input type="checkbox"/> tablettenpfl.
PEG-Sonde vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> orale Nahrungszufuhr zusätzlich möglich?
Kostform	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> passiert	_____
Neigt zu Kachexie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Neigt zu Exsikkose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

### Mobilität:

\* Erläuterungen siehe unten

Beim selbständigen Gehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Beim Treppen steigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Benötigt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
⇒ Wenn ja, welche?	_____		
hat Lähmungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche _____
hat Kontrakturen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche _____
hat Amputationen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche _____
körperliche Behinderungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche _____

## Der Patient braucht Hilfe:

### Orientierung:

Örtlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Zeitlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Situativ	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Zur eigenen Person	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Zu anderen Personen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise
Bestehen Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise

### Psychische Auffälligkeiten:

Demenz  Ja  Nein Typ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Depression  Ja  Nein Typ: \_\_\_\_\_

Halluzinationen  Ja  Nein Art: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gemütsstimmung  freundlich  willig  verdrießlich

Gefährliche Eigenschaften  Ja  Nein  
⇒ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig  Ja  Nein  
⇒ Wenn ja, welche?  Bettgitter  Gurt im Bett  Gurt am Stuhl  
 geschlossene Unterbringung

Stimmt der freiheitsentziehenden Maßnahme von sich aus zu?  Ja  Nein

Richterlicher Beschluss  
vorhanden?  Ja  Nein  beantragt am \_\_\_\_\_  
 muss beantragt werden

### Ausscheidung:

beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Patient ist inkontinent	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
⇒ Wenn ja, Art der Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Stuhl	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Anus praeter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

## Der Patient braucht Hilfe:

### Kommunikation:

Sprachstörung  Ja  Nein

⇒ Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Eingeschränktes Sehvermögen  Ja  Nein

Brille  Ja  Nein

Schwerhörigkeit  Ja  Nein

Hörgerät  Ja  Nein  rechts  links

### Hautzustand:

Dekubitus  Ja  Nein

⇒ Wenn ja, Lokalisation?  Steiß  Trochanter re.  Trochanter li.  
 Ferse re.  Ferse li.

Andere: \_\_\_\_\_

Grad:  ° I  ° II  ° III  ° IV

Therapie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ulcera / Dermatitis / \_\_\_\_\_

Diabetisches Fuß, PAVK \_\_\_\_\_

### Sonstige Gegebenheiten:

Trachealkanüle  Ja  Nein

Herzschrittmacher  Ja  Nein

Suchterkrankung  Ja  Nein

⇒ Wenn ja, welche  Nikotin  Alkohol  Medikamente

Epilepsie  Ja  Nein

O<sup>2</sup>-Therapie  Ja  Nein

### Der Patient

ist frei von ansteckenden Krankheiten (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Ja  Nein

- beiliegendes Attest ausfüllen

### Der Patient

benötigt nach ärztlicher Einschätzung und Begutachtung eine Wohnmöglichkeit bei vollstationärer Dauerpflege  Ja  Nein

### Weitere Hinweise und Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes