

# Ärztlicher Fragebogen Ludwig-Frank-Haus

---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Behandelnde Ärzte

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Betreuung auch weiter  ja  nein Tel.: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## Diagnosen

---

---

---

## Medikamente

---

---

---

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg RR: \_\_\_\_\_ BZ: \_\_\_\_\_ mg%

Allergie  ja \_\_\_\_\_  neinHerzschrittmacher  ja nächste Kontrolle am: \_\_\_\_\_  nein

## Bewusstseinslage

 wach  ansprechbar  somnolent  komatös

## Kommunikation

Sprache eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_  neinSehen eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_  neinGehör eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_  neinHilfsmittel  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     ja     nein     mit Hilfe

Stehen                      selbständig     ja     nein     mit Hilfe

Treppen steigen           selbständig     ja     nein     mit Hilfe

Sitzen                       selbständig     ja     nein

Lagerungswechsel       selbständig     ja     nein

Bettlägerigkeit     ja     nein     zeitweise

Spastik                       ja    wo: \_\_\_\_\_

Kontrakturen                ja    wo: \_\_\_\_\_

Amputationen               ja    wo: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel                   Rollator     Gehbock     Rollstuhl     Prothese

andere \_\_\_\_\_

**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	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	zuletzt gewechselt am: _____
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	
<b>Dekubitus</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Lokalisation/Grad _____ _____

<b>Weitere Wunden</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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 _____

**Ansteckende Krankheiten**Ansteckenden Krankheiten  nein  ja, welche \_\_\_\_\_Ausscheider von Krankheitserregern  nein  ja, welche \_\_\_\_\_MRSA  nein  jaNoro Viren  nein  jaTBC  nein  ja

Letzte Thoraxaufnahme vom \_\_\_\_\_ Befund \_\_\_\_\_

Rehabilitationspotenzial  nein  ja welches \_\_\_\_\_**Therapien** Krankengymnastik  Ergotherapie  Logopädie Andere \_\_\_\_\_**Besonderer Pflegebedarf**Sauerstoffgabe  nein  jaVersorgung der Trachealkanüle  nein  jaSubcutane Infusion  nein  jaVenöser Zugang  nein  jaDialyse  nein  ja**Impfstatus**Impfschutz Covid 19  nein  ja

Weitere Besonderheiten \_\_\_\_\_

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