

Ärztlicher Fragebogen - Pflegerischer Befund

Hier haben Sie Platz für einen Patientenaufkleber. Falls dieser nicht vorhanden ist, füllen Sie bitte alle nachstehenden Felder mit Angaben zur Person aus.



In der Strenge 32, 89179 Beimerstetten
Tel.: 07348/95 30 2-0 / Fax: 07348/ 95 30 2-15

Bewohner:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Pflegegrad:	Krankenkasse:	Vers.-Nr.:

Angehöriger/Kontaktperson:

Name:	Vorname:	Verhältnis:
Straße:	PLZ/Ort:	Telefon:

Mobilität	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend un-selbstständig	unselbstständig	Kommentar
Aufstehen/Hinlegen					
Betten/Lagern					
Gehen					
Treppen steigen					
Sitzen im Rollstuhl/Sessel					
Bettlägerig	Ja	Nein	---	---	

Waschen/Kleiden	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend un-selbstständig	unselbstständig	Kommentar
Ankleiden/Entkleiden					
Körperpflege/Waschen					
Kämmen					
Rasieren					
Mund-/Zahnpflege					
Duschen/Baden	Ja	Nein	---	---	

Ernährung	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend un-selbstständig	unselbstständig	Kommentar
Mundgerechte Vorbereitung					
Nahrungsaufnahme					
Flüssigkeitsaufnahme					
Trinkt					

Ausscheidungen	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend un-selbstständig	unselbstständig	Kommentar
Katheter/Anus praeter Sys.					
Harninkontinenz	Ja	Nein	Gelegentlich	---	
Stuhlinkontinenz	Ja	Nein	Gelegentlich	---	
Gewohnheiten Stuhlgang	Regelmäßig	Abführmittel	Durchfall	Verstopfung	

	Ja	Nein	Gelegentlich
Unruhezustände			
Ständige Beaufsichtigung			
Weglauftendenzen			
Sturzgefährdung			

Bitte wenden!

Ärztlicher Fragebogen - Pflegerischer Befund

Ernährungszustand					Kommentar
körperliche Verfassung	adipös	normal	kachektisch	---	
Körpermaße	Größe:		Gewicht:		
Sondennahrung? Welche?					
Abneigungen/Unvertr.					

Orientierung	Ja	Nein	Kommentar
Örtlich			
Zeitlich			
Zur Person			
situativ			

Bewusstseinslage	geistig rege	ängstlich	verstimmt	benommen	Sonstige:
	verlangsamt	somnolent	komatös	---	
Kommentar					

	Ja	Nein	Einschränkungen
Sprechvermögen ungestört			
Hörvermögen ungestört			
Sehvermögen ungestört			

	Ja	Nein	Kommentar
Lähmungen			
Versteifungen/Kontrakturen			
Wunden/Verbände			
Suchtkrankheit/en			
Vitalzeichenkontrolle?			Welche?

Hautzustand	intakt	trocken	feucht	schuppig	Sonstige:
	Dekubitus	Ulcera	Ausschlag	Hämatome	
Lokalisation, Beschreibung, Größe,...					

Diagnosen

Angeordnete Behandlungspflege

Frei von ansteckenden Krankheiten?	Ja	Nein, welche?	
------------------------------------	----	---------------	--

Anzahl COVID-19-Impfungen:	
----------------------------	--

Ort/Datum _____

Unterschrift _____