

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung im
 Ev. Altenzentrum Luchtenberg-Richartz-Haus
 Auf der Schützeneich 6
 51399 Burscheid

1. Stammdaten Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____	2. Pflegegrad ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
---	---

3. Hilfebedarf				
- Gehen	☐ nein	☐ ja	☐ Stock/Rollator	☐ Rollstuhl
- Treppen steigen	☐ nein	☐ ja	☐ unmöglich	
- Toilettennutzung	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- Essen/Trinken	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- Waschen	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- Aufstehen	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- Ankleiden	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- Frisieren/Rasieren	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- Bettlägerigkeit	☐ nein	☐ ständig	☐ häufig	
- Antithrombosestrümpfe	☐ ohne Hilfe	☐ mit Hilfe	☐ nicht vorhanden	
- Harninkontinenz	☐ kontinent	☐ inkontinent	☐ Dauerkatheter	☐ SPDK
- Stuhlinkontinenz	☐ kontinent	☐ inkontinent	☐ Stoma	☐ Obstipation

4. Orientierung, Bewusstsein				
- zeitliche Orientierung	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- örtliche Orientierung	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- situative Orientierung	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- Orientierung zur Person	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- Hinlauftendenz	☐ nein	☐ ja	☐ zeitweise	
- motorische Unruhe	☐ nein	☐ ja	☐ am Tag	☐ nachts
- psychischer Zustand	☐ stabil	☐ labil	☐ depressiv	☐ aggressiv
- Bewusstsein	☐ klar	☐ getrübt	☐ komatös/sediert	☐ schwankend

5. Suchterkrankungen		
- Alkoholabusus	☐ nein	☐ ja
- Medikamentenabusus	☐ nein	☐ ja
- Raucher*in	☐ nein	☐ ja
- Sonstige: _____		

6. Ernährungszustand				
☐ normal	☐ exsikkiert	☐ kachektisch	☐ adipös	Ursache: _____
- Diät	☐ nein	☐ ja	Art: _____	
- Sonde	☐ nein	☐ ja	Art: _____	
- Diabetes	☐ nein	☐ ja	☐ nicht insulinpflichtig ☐ insulinpflichtig	
- Allergien	☐ nein	☐ ja	Art: _____	
- Flüssigkeitszufuhr	Trinkmenge pro Tag _____ ml			

7. Kommunikation				
- Sehvermögen	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ Brille	☐ blind
- Hörvermögen	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ Hörgerät	☐ gehörlös
- Sprachvermögen	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ Aphasie	

8. Körperliche Einschränkungen		
☐ Amputation	☐ Kontrakturen	☐ Lähmung

9. Hautbeschaffenheit

- | | | | |
|------------------------|-------------------------------|---|---------------------|
| - Hautschäden | ☐ nein | ☐ ja | Lokalisation: _____ |
| - Dekubitus | ☐ nein | ☐ ja, Grad: ____ | Lokalisation: _____ |
| - Wechseldruckmatratze | ☐ nein | ☐ ja | |

10. Diagnosen

☐ Herzschrittmacher
☐ Port
☐ Sauerstoffgerät
☐ Stoma
☐ Thrombose

11. Medikation

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Kontrollierte Medikamentenvergabe
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja

12. Bedarfsmedikation

Medikament	Einzeldosis	max. Dosis in 24 Std.	Indikation	Kontrollierte Medikamentenvergabe
				☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja

13. Infektionen

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| - Ansteckende Krankheiten | ☐ nein | ☐ ja | Art: _____ |
| - Clostridium difficile | ☐ nein | ☐ ja | |
| - Hepatitis | ☐ nein | ☐ ja | Art: _____ |
| - MRSA | ☐ nein | ☐ ja | Lokalisation: _____ |
| - Pilz | ☐ nein | ☐ ja | Lokalisation: _____ |
| - Sonstige: _____ | | | |

14. Bemerkungen, Hinweise

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes/der Ärztin