

Kundinnenbezogene Prozesse 1.12.10. Ärztlicher Fragebogen Version: 4.0		Martha-Maria Altenhilfe gGmbH Seniorenzentrum München Stationäre Pflege	
Erstellt von: Roxcan Popovic Erstellt am: 22.05.2014 11:20	Geprüft von: Sabrina Finster Geprüft am: 25.09.2017 07:36	Freigegeben von: Lia ENUKIDZE Freigegeben am: 29.09.2017 08:32	

Name Vorname

geb. am: Pflegegrad

Adresse

Ist aus ärztlicher Sicht die Pflegebedürftigkeit gegeben ja nein
 Ist aus ärztlicher Sicht die Geschäftsfähigkeit gegeben ja nein
 Beschützende Unterbringung erforderlich ja nein

Grunderkrankung/Diagnosen:

- Neurologische Krankheitsbilder:
- Stoffwechselkrankheiten:
- Gelenks- und Muskelerkrankungen:
- Herz – Kreislauf – Erkrankungen:
- Magen – Darm – Krankheiten:
- Uro – genitale Erkrankungen:

Körperliche Behinderungen:

- Lähmungen:
- Versteifungen:
- Amputationen:

Sinnesbehinderungen:

- Sehstörungen
- Herzstörungen
- Taktile Störungen:

Geistig – seelische Behinderungen:

- Geistige Einschränkungen
- Psychische Krankheiten:
- Veränderte Bewusstseinslage:

Suchtkrankheiten: ja nein

Wenn ja, welche

Kundinnenbezogene Prozesse 1.12.10. Ärztlicher Fragebogen Version: 4.0		Martha-Maria Altenhilfe gGmbH Seniorenzentrum München Stationäre Pflege	 MARTHA MARIA <small>Untersuchen Menschlichkeit</small>
Erstellt von: Roxcan Popovic Erstellt am: 22.05.2014 11:20	Geprüft von: Sabrina Finster Geprüft am: 25.09.2017 07:36	Freigegeben von: Lia Enukidze Freigegeben am: 29.09.2017 08:32	

- Weglauff Tendenzen: ja nein
- Multiresistente Keime ja nein in welchen Bereich
- Haut intakt ja nein Wenn nein, welcher Hautdefekt?

Hilfebedarf

- | | <u>selbstständig</u> | <u>mit Unterstützung</u> | <u>vollständige Hilfe</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Essen / Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Waschen/Hygiene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden / Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen / Zubettgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Benutzung der Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fortbewegung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Orientierung und Verhalten

- Desorientierung** zeitlich räumlich situativ zur Person
- Auffälligkeiten** Schreien/Rufen Missmut / Aggressivität Motorische Unruhe
- Gefährdungen** Selbst Fremd Weglaufftendenz Suizid
- Schlafverhalten** Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Tag-Nacht Rhythmus gestört

Mechanische Beschränkungen (genehmigt durch das Amtsgericht):

- Bettgitter Bauchgurt Vorsatztisch Fixierung Arme und Beine

Medikamentöse Therapie und Medikamenteneinnahme:

- eingeben überwachen Zerkleinerung Ablehnung v. Medikamenten

Mobilität und Mobilisation:

- Gehstock Gehstützen Rollator Rollstuhl
- KG Stehübungen Gehübungen Lehnstuhl

Inkontinenz- und Inkontinenzversorgung:

- Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Dauerkatheter Anus praeter
- Windeleinlagen Toilettenstuhl Toiletentraining Bettschüssel / Urinflasche

Ernährung und Ernährungszustand:

- Vollkost Zuckerdiät leichte Kost Nahrungssonde

Kundinnenbezogene Prozesse 1.12.10. Ärztlicher Fragebogen Version: 4.0		Martha-Maria Altenhilfe gGmbH Seniorenzentrum München Stationäre Pflege	
Erstellt von: Roxcan Popovic Erstellt am: 22.05.2014 11:20	Geprüft von: Sabrina Finster Geprüft am: 25.09.2017 07:36	Freigegeben von: Lia Enukidze Freigegeben am: 29.09.2017 08:32	

Übergewicht ungenügend
 Untergewicht
 isst ungenügend
 trinkt ungenügend

Erklärung zu Infektionskrankheiten:

Beim Patienten liegt weder eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende und meldepflichtige Krankheit im Sinne des §36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vor.

Besonderheiten, Wunden, Allergien, etc.:

.....

.....

Ort, Datum

(Stempel, Unterschrift des Arztes)