

**St. Josefshaus, Rheine**

Eckenerstr. 46 - 50, 48431 Rheine

Tel.: 05971/16027-0

Fax: 05971/16027-35

**Ärztlicher Fragebogen / Überleitbogen**

Name	Vorname	Geburtsdatum

Medizinische Diagnosen	
-	-
-	-
-	-
-	- Harninkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-	- Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Ansteckende Krankheiten**

- Der o.g. Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten  
 Der o.g. Patient leidet an folgenden, ansteckenden Krankheiten:

Ärztliche Verordnungen:

**Allergien**

- Der o.g. Patient leidet nicht unter Allergien  
 Der o.g. Patient leidet unter folgenden Allergien:

Ärztliche Verordnungen bzgl. der Allergien:

Medikation				
Medikament	Morgens	Mittags	abends	nachts

--	--	--	--	--

### Aufrechterhaltung einer ausreichenden Sauerstoffzufuhr

Auffälligkeiten bezüglich der Atmung:	Benötigte Hilfsmittel:
Raucher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Inhalator
Ärztliche Verordnungen:	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät
	<input type="checkbox"/> Absauggerät
	<input type="checkbox"/> Ultraschallvernebler
	<input type="checkbox"/> Sonstiges

### Aufrechterhaltung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr

Flüssigkeitsbedarf in ml/24 h:	<input type="checkbox"/> 1400 <input type="checkbox"/> 1600 <input type="checkbox"/> 1800 <input type="checkbox"/> 2000 <input type="checkbox"/> 2200 <input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsapplikation:	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> sonstiges:
Flüssigkeitsbeschränkung? (Bitte ggf. erläutern)	<input type="checkbox"/> ja:
Durstgefühl	<input type="checkbox"/> gesteigert <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verringert
Gefährdungspotential	<input type="checkbox"/> Exikkose, bestehend <input type="checkbox"/> Exikkose, Gefährdung <input type="checkbox"/> Oedeme, bestehend: <input type="checkbox"/> Oedeme, Gefahr der Oedembildung <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Selbstpflegekompetenz des Betroffenen bzgl. der Flüssigkeitszufuhr	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> großteils selbständig <input type="checkbox"/> teilweise selbständig und teilweise auf Hilfestellung an- gewiesen <input type="checkbox"/> geringfügig selbständig <input type="checkbox"/> unselbständig / abhängig
Ärztliche Verordnungen / Bemerkungen:	

### Aufrechterhaltung einer ausreichenden Zufuhr an Nahrungsmitteln

Energiebedarf in kcal /24 h:	<input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 1200 <input type="checkbox"/> 1400 <input type="checkbox"/> 1600 <input type="checkbox"/> 1800 <input type="checkbox"/>
Nahrungsapplikation:	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Kostform / Diät (Bitte ggf. erläutern)	<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Sondenkost: _____ ml/24h <input type="checkbox"/> Parenterale Kost: _____ ml/24h; _____ kcal/24h <input type="checkbox"/> Aufbaukost _____ kcal/24 <input type="checkbox"/> Reduktionskost: _____ kcal/24h <input type="checkbox"/> Diabetis-Diät: _____ BE <input type="checkbox"/> Sonstige Diät: _____
Hungergefühl	<input type="checkbox"/> gesteigert <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verringert
Gefährdungspotential	<input type="checkbox"/> Kachexie, bestehend <input type="checkbox"/> Kachexie, Gefährdung <input type="checkbox"/> Gefahr der Fehlernährung: _____ <input type="checkbox"/> Adipositas, bestehend <input type="checkbox"/> Gefahr der Überernährung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Selbstpflegekompetenz des Betroffenen bzgl. der Nahrungszufuhr	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> großteils selbständig <input type="checkbox"/> teilweise selbständig und teilweise auf Hilfestellung an- gewiesen <input type="checkbox"/> geringfügig selbständig <input type="checkbox"/> unselbständig / abhängig

Ärztliche Verordnungen / Bemerkungen:

**Gewährleistung einer Versorgung in Verbindung mit Ausscheidungsprozessen und Exkrementen**

<b>Versorgungssituation</b>	<input type="checkbox"/> Obstipation chronisch <input type="checkbox"/> Diarrhoe, chronisch <input type="checkbox"/> Anus- <i>praeter</i> , System _____ <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinent <input type="checkbox"/> Harninkontinent <input type="checkbox"/> Blasenkatheter: ___ Ch, gelegt/gewechselt am: <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter, gelegt am: <input type="checkbox"/> Vorlagen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<b>Kontinenztraining</b>	<input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich
<b>Gefährdungspotential</b>	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> Ileusgefährdung <input type="checkbox"/> sonstiges:
<b>Selbstpflegekompetenz des Betroffenen bzgl. der Gewährleistung einer Versorgung in Verbindung mit Ausscheidungsprozessen und Exkrementen</b>	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> großteils selbständig <input type="checkbox"/> teilweise selbständig und teilweise auf Hilfestellung angewiesen <input type="checkbox"/> geringfügig selbständig <input type="checkbox"/> unselbständig / abhängig
Ärztliche Verordnungen / Bemerkungen:	

**Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion**

Kommunikation			
	Voll ausgeprägt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt
Verständnis von Sprache			
Sprachvermögen			
Hörvermögen			
Sehvermögen			
Nonverbale Kommunikation			
Bemerkungen:			

**Vorbeugung vor Risiken für das Leben, das menschliche Funktionieren und das menschliche Wohlbefinden**

<b>Dekubitusgefährdung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bestehender Dekubitus / bestehende Dekubiti</b>	Grad: _____ Größe: _____ Lokalisation: Taschenbildung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wundstadium: Wundsekretion: Wundränder:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ärztliche Verordnungen / Bemerkungen:	
<b>Bestehende Wunden / Hautdefekte</b>	Beschreibung der Wunde(n).
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ärztliche Verordnungen / Bemerkungen:	
<b>Kontrakturengefährdung</b>	<input type="checkbox"/> keine Gefährdung <input type="checkbox"/> geringe Gefährdung <input type="checkbox"/> hohe Gefährdung <input type="checkbox"/> Krankengymnastik ist indiziert
<input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein	<b>Bestehende Kontrakturen</b> Betroffene Gliedmaßen:  Art der Kontraktur: <input type="checkbox"/> neurogene Kontraktur <input type="checkbox"/> schmerzbedingte Kontraktur <input type="checkbox"/> psychogene Kontraktur <input type="checkbox"/> sonstige Kontraktur
Ärztliche Verordnungen / Bemerkungen (bzgl. Kontrakturen):	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Erhöhte Sturzgefährdung</b> <input type="checkbox"/> Gefahr des Bettsturzes <input type="checkbox"/> Sturzgefährdung aufgrund Schwindelsymptomatik <input type="checkbox"/> sonstiges
<b>Sonstige Gefährdungspotentiale</b>	<input type="checkbox"/> erhöhtes Aspirations-/ Erstickungsrisiko <input type="checkbox"/> erhöhtes Infektionsrisiko <input type="checkbox"/> sonstiges:

**Unterstützung bei mangelnder Ausbildung / veränderten Denkprozessen**

<b>Bewusstseinslage</b>	<input type="checkbox"/> geistig rege	<input type="checkbox"/> verlangsamt	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> _____
<b>Generelle Stimmungslage</b>	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> mißtrauisch	<input type="checkbox"/> verstimmt	<input type="checkbox"/> stimmungslabil
<b>Kognitive Fähigkeiten</b>	<input type="checkbox"/> voll ausgeprägt	<input type="checkbox"/> leichte Fehldeutungen	<input type="checkbox"/> massive Fehldeutungen		

<b>Persönliches Orientierungsvermögen</b>	<input type="checkbox"/> voll orientiert	<input type="checkbox"/> zeitweise orientiert	<input type="checkbox"/> nicht orientiert
<b>Örtliches Orientierungsvermögen</b>	<input type="checkbox"/> voll orientiert	<input type="checkbox"/> zeitweise orientiert	<input type="checkbox"/> nicht orientiert
<b>Situatives Orientierungsvermögen</b>	<input type="checkbox"/> voll orientiert	<input type="checkbox"/> zeitweise orientiert	<input type="checkbox"/> nicht orientiert
<b>Zeitliches Orientierungsvermögen</b>	<input type="checkbox"/> voll orientiert	<input type="checkbox"/> zeitweise orientiert	<input type="checkbox"/> nicht orientiert

<b>Kurzzeitgedächtnis</b>	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkungen	<input type="checkbox"/> zeitweise Einschränkungen	<input type="checkbox"/> ständige / massive Einschränkungen
<b>Langzeitgedächtnis</b>	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkungen	<input type="checkbox"/> zeitweise Einschränkungen	<input type="checkbox"/> ständige / massive Einschränkungen

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Tag-/ Nachtumkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lauftendenz / ständige Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglaftendenz (latent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eindringen in fremde Räume / Liegen in fremden Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerstören von eigenem oder fremden Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlegen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Unterstützung bei schlechter Gesundheit und Funktionseinschränkungen**

Mobilitätsgrad				
<input type="checkbox"/> geht alleine	<input type="checkbox"/> geht in Begleitung / mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> ist rollstuhlmobil	<input type="checkbox"/> überwiegend bettlägerig, sitzt jedoch stundenweise auf	<input type="checkbox"/> bettlägerig

Selbstpflegekompetenz					
	selbständig	Großteils selbständig	Teilweise selbständig und teilweise auf Hilfestellung angewiesen	Geringfügig selbständig	Unselbständig / abhängig
Bewegung im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer außerhalb des Bettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung mittels Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung mittels Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl geeigneter Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig auszufüllen.  
Für Ihre Mühe bedanken wir uns.

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

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