

# Ärztlicher Fragebogen



Name, Vorname

Geburtsdatum

Hausarzt, Adresse, Telefon, Fax

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

## Bestehen ansteckende Erkrankungen?

ja  nein

MRSA  Hepatitis A / B / C  HIV-positiv  TBC  Pilzinfektionen

sonstiges: \_\_\_\_\_

## Suchterkrankungen:

ja  nein

Alkohol  Medikamente \_\_\_\_\_

sonstiges \_\_\_\_\_

## Gemütszustand:

freundlich  kooperativ  depressiv  aggressiv

Geistig- seelische Störung oder Behinderung \_\_\_\_\_

## Orientierung:

**örtlich** ja  nein  gelegentlich

**zeitlich** ja  nein  gelegentlich

**zur Person** ja  nein  gelegentlich

**situativ** ja  nein  gelegentlich

## Hörbehinderung:

nein  schwerhörig  Hörgerät rechts / links  taub

## Sehbehinderung:

nein  Sehschwäche  Brille  blind

## Kommunikation:

verbal  nonverbal  eingeschränkt durch: \_\_\_\_\_

## Gehfähigkeit:

mobil  mit Rollator allein  mit Rollator und Hilfe  Rollstuhl

## Bettlägerigkeit:

nein  häufig  ständig

## Unruhe:

nein  teilweise  häufig  nachts  medikamentös beeinflussbar

## Schlafstörung:

nein  ja  Durchschlafstörung  Einschlafstörung

Medikament zur Nacht \_\_\_\_\_



Lipper Weg 13  
45770 Marl

Sozialdienst  
Dirk Hackstein  
Tel: 02365-87911-14  
Fax: 02365-87911-59  
[dirk.hackstein@klara-hospiz.de](mailto:dirk.hackstein@klara-hospiz.de)

Hospizleitung  
Michaela Sommer  
Tel: 92365-87911-12  
Fax: 02365-87911-59  
[michaela.sommer@klara-hospiz.de](mailto:michaela.sommer@klara-hospiz.de)

Stand 01.05.2022

Pflegerische Unterstützung bei:	nein	mit wenig Unterstützung	mit viel Unterstützung	komplette Übernahme nötig
Körperpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerungswechsel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostform:  Vollkost  weiche Kost  vollpassiert  flüssig

Sonde \_\_\_\_\_  Diät \_\_\_\_\_  Allergien \_\_\_\_\_

Stuhlinkontinenz:  kontinent  inkontinent Tag / Nacht  Stoma

Harninkontinenz:  kontinent  inkontinent Tag / Nacht  Katheter seit: \_\_\_\_\_ ch \_\_\_\_\_  PUFFI

Nierenfistel rechts / links  Urostoma

Dekubitus: nein ja Ort: \_\_\_\_\_

Wunden: nein ja Welche Art / Ort: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Vorhandene Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Hinweise und Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte aktuellen Medikamentenplan inklusive der Bedarfsmedikamente beilegen**

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Das Team des Klara Hospizes bedankt sich herzlich für die Zusammenarbeit

 <p><b>Klara Hospiz</b> Lipper Weg 13 45770 Marl</p>	<p>Sozialdienst Dirk Hackstein Tel: 02365-87911-14 Fax: 02365-87911-59 <a href="mailto:dirk.hackstein@klara-hospiz.de">dirk.hackstein@klara-hospiz.de</a></p>	<p>Hospizleitung Michaela Sommer Tel: 92365-87911-12 Fax: 02365-87911-59 <a href="mailto:michaela.sommer@klara-hospiz.de">michaela.sommer@klara-hospiz.de</a></p>	<p>Stand 01.05.2022</p>
---	---	---	-------------------------