

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

Irene Hölker
Tel: 02365-87911-14
Fax: 02365-87911-59
irene.hoelker@klara-hospiz.de

Markus Stera
Tel: 02365-87911-0
markus.stera@klara-hospiz.de

Hospizleitung

Michaela Sommer
Tel: 92365-87911-12
Fax: 02365-87911-59
michaela.sommer@klara-hospiz.de

Stand 01.04.2023

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>Klara Hospiz Lipper Weg 13 45770 Marl</p>	<p>Sozialdienst Irene Hölker Tel: 02365-87911-14 Fax: 02365-87911-59 irene.hoelker@klara-hospiz.de</p> <p>Markus Stera Tel: 02365-87911-0 markus.stera@klara-hospiz.de</p>	<p>Hospizleitung Michaela Sommer Tel: 92365-87911-12 Fax: 02365-87911-59 michaela.sommer@klara-hospiz.de</p>	<p>Stand 01.04.2023</p>
---	--	--	-------------------------