

# FO ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Einrichtung  
Seniorenhaus Korschenbroich,  
Seniorenhaus Lindenhof



Dok. ID: 59669

Vers. Nr.: 002/05.2024

Wiedervorlage: 23.05.2027

Bereich: Verwaltung

freigegeben

## Nur vom behandelnden Arzt oder Hausarzt auszufüllen!

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Wohnung

### Feststellungen über Art und Auswirkungen der Erkrankungen:

1. Diagnosen: (möglichst keine Abkürzungen verwenden)

2. Körperliche Behinderungen/Einschränkungen:

3. Psychische Störungen/Einschränkungen: (z. B. depressiv, weinerlich, aggressiv, unberechenbar, motorisch unruhig)

4. Ist eine Diät erforderlich  Nein  Ja:

5. Liegt oder lag eine Suchterkrankung vor  Nein  Ja:

Alkohol:

Medikamente:

Sonstiges:

6. Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)  Ja  Nein:

7. Weitere Einschränkungen:

7.1 Einschränkung Sehfähigkeit  Nein  Ja:

7.2 Einschränkung Hörfähigkeit  Nein  Ja:

7.3 Einschränkung Sprachfähigkeit  Nein  Ja:

7.4 Gehunfähig  Nein  Ja:

7.5 Stehunfähig  Nein  Ja:

7.6 Tagsüber bettlägerig  Nein  Ja:  überwiegend  ständig

7.7 Schlafstörungen  Nein  Ja:

7.8 Hautschädigungen  Nein  Ja:

7.9 Schmerzen chronisch  Nein  Ja:

# FO ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Einrichtung  
Seniorenhaus Korschenbroich,  
Seniorenhaus Lindenhof



Dok. ID: 59669

Vers. Nr.: 002/05.2024

Wiedervorlage: 23.05.2027

Bereich: Verwaltung

freigegeben

**Bitte zusätzlich ankreuzen, ob tagsüber (T)  
oder/und nachts (N)**

|           |                                   | teilweise                | vollständig              | T                        | N                        |
|-----------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|           |                                   | ↓                        | ↓                        |                          |                          |
| <b>8.</b> | <u>Orientierungsstörungen:</u>    |                          |                          |                          |                          |
| 8.1       | Orientierungsstörungen zeitlich   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2       | Orientierungsstörungen örtlich    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3       | Orientierungsstörungen zur Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4       | häufig laut und unruhig           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5       | neigt zum Weglaufen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.6       | gefährdet sich selbst/andere      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.7       |                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterungen zu Nr. 8:

**Feststellungen über Art und Umfang notwendiger Hilfestellungen,  
einschließlich aktivierender Pflege:**

|            |  | teilweise                | Vollständig              |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|
|            |  | ↓                        | ↓                        |
| <b>9.</b>  | <u>Körperreinigung und-pflege</u>                                  |                          |                          |
| 9.1        | Waschen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.2        | Baden, Duschen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3        | Frisieren  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.4        | Rasieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.5        | Haare waschen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.6        | Mund- und Zahnpflege   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.7        | Nagelpflege  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.8        | An- und Auskleiden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.9        |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10.</b> | <u>Mahlzeiten</u>  |                          |                          |
| 10.1       | Mundgerechte Vorbereitung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.2       | Hilfe beim Essen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.3       | Hilfe beim Trinken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.4       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11.</b> | <u>Benutzung der Toilette,<br/>Inkontinenzversorgung</u>           |                          |                          |
| 11.1       | Benutzung der Toilette   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.2       | Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne,<br>Nachtstuhl, Urinflasche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.3       | Sauberhalten bei Harninkontinenz                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.4       | Sauberhalten bei Stuhlinkontinenz                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.5       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12.</b> | <u>Mobilität</u>   |                          |                          |
| 12.1       | Aufstehen u. Zubettgehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.2       | Hilfestellung beim Gehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.3       | Hilfestellung beim Stehen/Transfer                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.4       | Hilfestellung bei Benutzung eines<br>Rollstuhls                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5       |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# FO ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Einrichtung  
Seniorenhaus Korschenbroich,  
Seniorenhaus Lindenhof



Dok. ID: 59669

Vers. Nr.: 002/05.2024

Wiedervorlage: 23.05.2027

Bereich: Verwaltung

freigegeben

- |   |             |  |                          |                          |
|---|-------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>13. Ausführen ärztl. Verordnungen</b>  | <b>13.1</b> | Verabreichung von Medikamenten/Spritzen                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <b>13.2</b> | Einwirken auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <b>13.3</b> | Wundversorgung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <b>13.4</b> | An- und Ablegen von Hilfsmitteln                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <b>13.5</b> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14. Notwendigkeit der Motivation u. Anleitung zur selbständigen Erledigung persönlicher Verrichtungen des täglichen Lebens</b> | <b>14.1</b> | Körperpflege   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <b>14.2</b> | An- und Auskleiden                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <b>14.3</b> | Nahrungsaufnahme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <b>14.4</b> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**15. Vorschlag für sonstige Maßnahmen/Hilfsmittel:**

**16. Ist eine Änderung des Zustandes zu erwarten und daher eine Nachuntersuchung erforderlich, (Termin ?)**      Nein    Ja:

**17. Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

| <b>18. Aktuelle Medikation:</b> | <b>Dosierung:</b> |
|---------------------------------|-------------------|
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |
|                                 |                   |

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

Stempel und Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_