

EF04.03.02 Ärztlicher Fragebogen

---

**Seniorenzentrum „Louise-Ebert-Haus“**  
**Buchwaldweg 15**  
**69126 Heidelberg**  
**Tel. 06221/89370-0**  
**Fax 06221/89370-871**  
**eMail: Sz-heidelberg@awo-baden.de**

(Eingang)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Behandelnde Ärzte**Hausarzt: \_\_\_\_\_ Betreuung auch weiter  ja  nein

Tel.: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Diagnosen**

---

---

---

---

**Medikamente**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg RR: \_\_\_\_\_ BZ: \_\_\_\_\_ mg%

**Allergie**  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Herzschrittmacher**  nein  ja, nächste Kontrolle am: \_\_\_\_\_

**Bewusstseinslage**  wach  ansprechbar  somnolent  komatös

### Kommunikation

Sprache eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_

nein

Sehen eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_

nein

Gehör eingeschränkt  ja \_\_\_\_\_

nein

**Hilfsmittel**  Brille  Hörgerät  Andere: \_\_\_\_\_

### Gerontopsychiatrische Veränderungen

nicht vorhanden  Abwehrverhalten  motorische Unruhe  antriebslos

weitere Verhaltensauffälligkeiten:

---

---

### Orientierung

Zum Ort  ja  nein  zeitweise

Zur Situation  ja  nein  zeitweise

Zur Zeit  ja  nein  zeitweise

Zur Person  ja  nein  zeitweise

**Schlaf**Schlafstörung  ja \_\_\_\_\_  nein**Mobilität**

Gehen selbständig  ja  nein  mit Hilfe  
 Stehen selbständig  ja  nein  mit Hilfe  
 Treppen steigen selbständig  ja  nein  mit Hilfe  
 Sitzen selbständig  ja  nein  
 Lagerungswechsel selbständig  ja  nein  
 Bettlägerigkeit  ja  nein  zeitweise

Spastik  ja wo: \_\_\_\_\_Kontrakturen  ja wo: \_\_\_\_\_Amputationen  ja wo: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel  Rollator  Gehbock  Rollstuhl  Prothese  
 andere \_\_\_\_\_

**Körperpflege**

	ohne Hilfe	Teilübernahme	Vollübernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahn-/Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ernährung**

Hilfestellung bei der  
 Nahrungsaufnahme  nein  teilweise  unter Anleitung  Essen eingeben

Mundgerechte

Zubereitung  nein  teilweise  unter Anleitung  ÜbernahmeHilfsmittel  PEG  Sonstige \_\_\_\_\_

**Ausscheidungen**

Harninkontinenz  nein  ja  
Dauerkatheter  nein  ja, zuletzt gewechselt am: \_\_\_\_\_  
Stuhlinkontinenz  nein  ja  
Anus praeter  nein  ja  
Obstipation  nein  ja  
Diarrhoe  nein  ja

**Dekubitus**  nein  ja, Lokalisation/Grad \_\_\_\_\_

**Weitere Wunden**  nein  ja, Lokalisation/Wundart \_\_\_\_\_

**Suchtkrankheiten**

Nikotin  nein  ja  
Alkohol  nein  ja  
Medikamente  nein  ja welche \_\_\_\_\_  
Andere Abhängigkeiten  nein  ja welche \_\_\_\_\_

**Ansteckende Krankheiten**

Ansteckenden Krankheiten  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Ausscheider von Krankheitserregern  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

MRSA  nein  ja

Noro Viren  nein  ja

TBC  nein  ja

Letzte Thoraxaufnahme vom \_\_\_\_\_ Befund \_\_\_\_\_

Rehabilitationspotenzial  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Therapien**

Krankengymnastik  Ergotherapie  Logopädie  
 Andere \_\_\_\_\_

**Besonderer Pflegebedarf**

Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Versorgung der Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Subcutane Infusion	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Venöser Zugang	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Dialyse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**Impfstatus**

Impfschutz Covid-19  nein  genesen

ja, 1. Impfung \_\_\_\_\_

2. Impfung \_\_\_\_\_

3. Impfung \_\_\_\_\_

Weitere Besonderheiten: \_\_\_\_\_

---

Datum                      Unterschrift und Stempel des Arztes

Bitte einen aktuellen unterschiedenen Medikamentenplan beifügen.