

**Ärztlicher Fragebogen**

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

geboren am \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_

**Mobilität**

Liegt eine körperliche Behinderung und/ oder eine Parese vor?

 nein  ja, welche \_\_\_\_\_**Ernährung**spezielle Kostform  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

angeordnete Trinkmenge \_\_\_\_\_ Liter pro 24h

Ernährungssonde  PEG  JEG

verordnete Sondennahrung \_\_\_\_\_

verordnete Menge \_\_\_\_\_ ml/ 24h

**Ausscheidung**Harninkontinenz  nein  gelegentlich  ständigStuhlinkontinenz  nein  gelegentlich  ständigDauerkatheter  nein  jaStoma  nein  ja,  Dünndarm  Dickdarm

verordnetes Stoma Versorgungsmaterial \_\_\_\_\_

**Orientierung**umfassende Orientierung  ja  neinpersönlich desorientiert  gelegentlich  ständigörtlich desorientiert  gelegentlich  ständigzeitlich desorientiert  gelegentlich  ständigsituativ desorientiert  gelegentlich  ständigHinlauff Tendenz  nein  gelegentlich  ständig**Sinne**Hörstörung  nein  ja, welche \_\_\_\_\_Sehstörung  nein  ja, welche \_\_\_\_\_Sprachstörung  nein  ja, welche \_\_\_\_\_Psychische Störungen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_**Sonstiges**Depressionen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_Suizidgefahr  nein  ja, welche \_\_\_\_\_Suchterkrankungen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

