

ÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der Heimaufnahme:

Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum / -ort: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Facharzt: _____

Aufnahmegrund:

Ärztliche Diagnosen:

Klinikaufenthalte:

Klinik	Zeitraum	Diagnosen

Medikation:

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

Medikamente mitgegeben:

ja

nein

Ärztliche Verordnungen:

- Einnahme von Medikamenten
- Tropfen
- RR täglich wöchentlich monatlich
- Puls täglich wöchentlich monatlich
- BZ täglich wöchentlich monatlich
- Verbände _____
- Sauerstoffbehandlung
- Injektionen s. c. i. m.
- Wundversorgung _____

Prophylaktische Maßnahmen:

- Dekubitus Kontrakturen
- Pneumonie Soor
- Thrombose sonstiges: _____

Sonstiges:

PFLEGEANAMNESE

Ausscheidung:

Harninkontinenz: ja nein

Stuhlinkontinenz: ja nein

Ruhe und Schlaf:

Physiologischer Tag- / Nachtrhythmus gestörter Wach- / Schlafrythmus

Beweglichkeit:

Gehfähig: ja nein mit Hilfe

Ernährung:

Kostform: _____

Kommunikation:

Gestört: ja: _____ nein: _____

Sozialverhalten:

kontaktfreudig eingeschränkt kontaktfreudig

aggressiv: _____

Körperpflege:

Selbstständig mit Hilfe

Hautzustand:

Orientierung:

- Zeitlich: ja zeitweise nein
- Örtlich: ja zeitweise nein
- Zur Person: ja zeitweise nein
- Situativ: ja zeitweise nein
- Weglauftendenz: ja nein
- Umtriebigkeit: ja nein
- Aggressivität: ja nein

Suchtverhalten:

- ja nein
-
-

Einschränkungen:

- Sehstörungen Hörfehler Sprachstörungen

Frei von ansteckenden Krankheiten:

- ja nein
-
-

Hilfsmittel:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prothesen: _____ | <input type="checkbox"/> Brille: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät: _____ | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher: _____ | nächste Kontrolle: _____ |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Trachealkanüle |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig | BE : _____ |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter | <input type="checkbox"/> transurethraler Katheter |

Medizinische Begründung: _____

- PEG

Medizinische Begründung: _____

- Allergien: _____

- Dekubitus (genaue Beschreibung): _____

Ermittlung des Pflegeaufwandes:

	Selbständig	Anleitung	Teilhilfe	Volle Übernahme
Ankleiden				
Waschen				
Baden / Dusche				
Rasieren				
Zahn- / Mundpflege				
Nagel- / Fußpflege				
Nahrungsaufnahme				
Aufstehen / zu Bett gehen				
Gehen				
Stehen				
Treppensteigen				
Ausscheidung / Urin				
Ausscheidung / Stuhl				

Datum

Unterschrift