

Patient:innenfragebogen Aufnahme

Angaben Patient:in				
Name, Vorname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit
Strasse & Hausnummer		PLZ & Ort		Telefonnummer
Emailadresse		Körpergrösse in cm		Gewicht in kg
Muttersprache			Andere Sprachen	
Zu behandelnde Erkrankung <i>(zutreffendes bitte ankreuzen)</i>				
Schlaganfall	Schädel-Hirn-Trauma	Multiple Sklerose	Wirbelsäulenverletzung	Parkinson
Andere Erkrankung				
Erkrankung besteht seit				
Details zum Aufenthalt				
Bevorzugtes Eintrittsdatum:			Bevorzugtes Austrittsdatum:	
Vorerkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf, Lunge, Diabetes, etc.)				
Angaben Vertrauensperson				
Name, Vorname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit
Strasse & Hausnummer		PLZ & Ort		Telefonnummer
Emailadresse				
Medizinische Begleitperson			Private Begleitperson	
Anzahl medizinische Begleitpersonen			Anzahl private Begleitpersonen	
Aufgaben der medizinischen Begleitpersonen				

Medizinische Informationen <i>(zutreffendes bitte ankreuzen)</i>				
Ist der/die PatientIn beatmungspflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Benötigt der/die PatientIn Sauerstoff? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Wenn ja, wie viel?		
Muss die Sauerstoffsättigung überwacht werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts		Andere schwerwiegende Unfälle oder Erkrankungen?		
Hat der/die PatientIn ein künstliches Gelenk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Wenn ja, wo:				
Beweglichkeit <i>(zutreffendes bitte ankreuzen)</i>				
Schwäche oder abnormale Steifheit des Armes ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> / Linker Arm <input type="checkbox"/> rechter Arm <input type="checkbox"/>		Schwäche oder abnormale Steifheit des Beins ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> / Linkes Bein <input type="checkbox"/> rechtes Bein <input type="checkbox"/>		
Ausmass dieser Schwäche / abnormalen Steifheit <input type="checkbox"/> leicht- <input type="checkbox"/> mittel- <input type="checkbox"/> schwergradig		Ausmass dieser Schwäche / abnormalen Steifheit <input type="checkbox"/> leicht- <input type="checkbox"/> mittel- <input type="checkbox"/> schwergradig		
Schwäche oder abnormale Steifheit des Rumpfes ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Schwäche oder abnormale Steifheit des Kopfes/Nacken ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Ausmass dieser Schwäche / abnormalen Steifheit <input type="checkbox"/> leicht- <input type="checkbox"/> mittel- <input type="checkbox"/> schwergradig		Ausmass dieser Schwäche / abnormalen Steifheit <input type="checkbox"/> leicht- <input type="checkbox"/> mittel- <input type="checkbox"/> schwergradig		
Wahrnehmung & Sprache <i>(zutreffendes bitte ankreuzen mit X)</i>				
	nein	leicht	mittel	schwergradig
Beeinträchtigung räumliche Orientierung				
Schmerz- oder Gefühlsstörungen				
Wahrnehmungs- / Bewusstseinsstörung				
Beeinträchtigung des Schluckens				
Beeinträchtigung Kognition / Gedächtnis				
Beeinträchtigung beim Sprechen				
Beeinträchtigung der Sprache				
Beeinträchtigung des sprachlichen Verständnisses				
Kann sich selbst verständlich machen				
Alltagstätigkeiten <i>(zutreffendes bitte ankreuzen mit X)</i>				
Essen & Trinken Erforderliche Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> PEG Sonde <input type="checkbox"/> Magensonde		Selbständig		
		Mit Hilfsmittel selbständig möglich		
		Nahrung muss vorbereitet werden & Hilfsperson ist erforderlich		
		Komplett unselbständig		
Anforderungen Ernährung		<input type="checkbox"/> Diabetes I <input type="checkbox"/> andere Stoffwechselerkrankungen:		
		<input type="checkbox"/> Allergien & <input type="checkbox"/> Intoleranzen: <input type="checkbox"/> Milch/Laktose I <input type="checkbox"/> Weizen/Gluten I <input type="checkbox"/> Erdnüsse I <input type="checkbox"/> Schalenfrüchte I <input type="checkbox"/> Eier I <input type="checkbox"/> Sonstige:		
		<input type="checkbox"/> Vegetarisch I <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> kein Fleisch I <input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch I <input type="checkbox"/> kein Fisch		

Körperpflege	Selbständig		
	Mit Hilfsperson alleine möglich		
	Benötigt Unterstützung durch Hilfsperson / Anzahl erforderliche Hilfspersonen: ____		
	Komplett unselbständig / Anzahl erforderliche Hilfspersonen: ____		
Ankleiden	Selbständig		
	Mit Hilfsperson alleine möglich		
	Benötigt Unterstützung durch Hilfsperson / Wie viele Hilfspersonen erforderlich? ____		
	Komplett unselbständig / Wie viele Hilfspersonen erforderlich? ____		
Mobilität	Selbständig		
	Mit Hilfsmitteln (z.B. Stock, Schienen, Rollator, Rollstuhl) selbständig möglich		
	Benötigt zum Gehen eine Begleitperson		
	Kann sich NICHT selbständig fortbewegen (z.B. Rollstuhl)		
	Ist bettlägerig und muss durch Hilfspersonen gelagert werden		
Erforderliche Hilfsmittel <input type="checkbox"/> keine Hilfsmittel	Brille, Kontaktlinsen		
	Stock		
	Rollator		
	Schienen, für:		
	Rollstuhl		
	Andere:		
Ausscheidungen	Komplette Kontinenz		
	Gelegentlich inkontinent, kann sich selber reinigen und Einlagen wechseln: <input type="checkbox"/> Urin / <input type="checkbox"/> Stuhlgang		
	Häufig inkontinent, braucht Unterstützung, um sich zu reinigen und Einlagen zu wechseln: <input type="checkbox"/> Urin / <input type="checkbox"/> Stuhlgang		
	Komplette Inkontinenz Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Dauerkatheter / <input type="checkbox"/> Pants / <input type="checkbox"/> Urinalkondom		
Unterstützung durch Pflegepersonal <i>(zutreffendes bitte ankreuzen)</i>			
Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Zu welchen Zeiten?	Pflegeperson auf Abruf <input type="checkbox"/> Zu welchen Zeiten?	1:1 Betreuung <input type="checkbox"/> Zu welchen Zeiten?
Pflegekraft	<input type="checkbox"/> nur weiblich	<input type="checkbox"/> nur männlich	<input type="checkbox"/> egal
Ziele des Patienten/der Patientin			