

Angehörigenfragebogen

Name Ihres Angehörigen (Patient): _____

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu Ihrem Angehörigen aus der Sicht der letzten Wochen zu Hause zu beantworten.

Die Einschätzungen sollten Sie bitte **nicht** mit Ihrem Angehörigen zusammen machen.

Wir möchten evtl. vorhandene Problembereiche erkennen und Lösungsversuche mit Ihnen und Ihrem Angehörigen entwickeln.

Zur einfachen Beantwortung sind Kästchen zum Ankreuzen angegeben.

Zusätzliche schriftliche Anmerkungen sind sehr erwünscht. Wenn Sie etwas nicht beantworten können oder wollen, lassen Sie bitte die Antwort offen.

In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem Angehörigen?	
<input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> andere:	
Wie häufig haben Sie Ihren Angehörigen in den letzten Wochen gesehen?	
<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> fast täglich <input type="checkbox"/> ca. 1x in der Woche <input type="checkbox"/> ca. 1x im Monat <input type="checkbox"/> seltener	
Wie alt sind Sie?	
<input type="checkbox"/> 21-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> 61-70 <input type="checkbox"/> 71-80 <input type="checkbox"/> 81-90 <input type="checkbox"/> 91-und älter	

Behandelnde Ärzte Ihres Angehörigen (alle der vergangenen 12 Monate):	
Hausarzt:	
Neurologe/Psychiater:	
Andere Fachrichtungen (Kardiologie, etc.):	

Nächste Angehörige bei Rückfragen:	
Name:	Vorname:
Beziehung (Sohn, Tochter, etc.):	
Telefon/Handy:	
Email (falls vorhanden)	
Name:	Vorname:
Beziehung (Sohn, Tochter, etc.):	
Telefon/Handy:	
Email (falls vorhanden)	
<p>Existiert eine Vorsorgevollmacht? (Bitte Urkunde in Kopie mitbringen)</p> <p style="text-align: right;">Wer ist eingesetzt:</p> <p>oder</p> <p>Ist eine Betreuung eingerichtet? (Bitte Urkunde in Kopie mitbringen)</p> <p style="text-align: right;">Wer ist eingesetzt:</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Vermögen <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Vermögen
<p>Wurde eine Patientenverfügung von Ihrem Angehörigen schriftlich ver- fasst? (Bitte Urkunde in Kopie mitbringen)</p>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<p>Welche Sprache spricht Ihr Angehö- riger?</p>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> englisch <input type="checkbox"/> _____
<p>Welchen Beruf hatte Ihr Angehöriger ausgeübt?</p>	

Ihnen bekannte Erkrankungen Ihres Angehörigen

Ihnen bekannte Krankenhausaufenthalte Ihres Angehörigen

Aktuelle Medikamente (evtl. Medikamentenplan in Kopie beilegen):

Allgemeines	
Sind Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche
Ist sie/er Raucher/in?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht mehr; bis wann: <input type="checkbox"/> ja: wie viel am Tag:
Trinkt sie/er Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nicht mehr; bis wann: <input type="checkbox"/> ja, was:
Gewichtsverlust im letzten ½ Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viel in kg:
Wie ist der Appetit Ihres Angehörigen?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig; seit wann: <input type="checkbox"/> schlecht, seit wann:
Spezielle Ernährung/ Ernährungsgewohnheiten?	
Wie viel trinkt Ihr Angehöriger?	<input type="checkbox"/> 2l/Tag und mehr <input type="checkbox"/> 1,5-2l/Tag <input type="checkbox"/> weniger als 1,5l/Tag
Trägt Ihr Angehöriger eine Zahnprothese? Mitgebracht:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Klagt Ihr Angehöriger über Schwindel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wie wird dieser beschrieben:
Schlafen, Sehen, Hören	
Wie ist der Schlaf Ihres Angehörigen?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht wenn schlecht, was wird beschrieben (z.B. Einschlaf-/Durchschlafstörung):
Werden Schlafmittel gebraucht?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nicht mehr, seit: <input type="checkbox"/> ja, welches:
Wie kann Ihr Angehöriger hören?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht, seit wann:
Trägt Ihr Angehöriger ein Hörgerät? Mitgebracht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wie kann Ihr Angehöriger sehen?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht, seit wann:
Trägt der Angehörige eine Brille?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Fernbrille <input type="checkbox"/> Lesebrille
Mitgebracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilft die Brille?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil:
Schmerz, Urin, Stuhl	
Leidet Ihr Angehöriger unter Schmerzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo sind die Schmerzen? Seit wann?
Besteht aktuell eine Therapie der Schmerzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Was für eine Therapie wird durchgeführt (z.B. Wärme, Krankengymnastik, Schmerzmittel?):
Ist Ihr Angehöriger mit der Schmerztherapie zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil:
Wie ist die Urinkontrolle Ihres Angehörigen?	<input type="checkbox"/> kein Problem <input type="checkbox"/> kann Urin nicht immer halten, weil: <input type="checkbox"/> kann Urin nie halten, weil:
Trägt Ihr Angehöriger zuhause einen Urinkatheter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit (ggfs. letzter Wechsel):
Wie ist die Stuhlkontrolle Ihres Angehörigen?	<input type="checkbox"/> kein Probleme <input type="checkbox"/> kann Stuhl nicht immer halten, weil: <input type="checkbox"/> kann Stuhl nie halten, weil:
Eher Durchfall:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Eher Verstopfung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Abführmittel:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Erbrechen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:

Wohnsituation, Hilfsmittel, Unterstützungsbedarf

<p>Wie ist die Wohnsituation?</p> <p>Stockwerk: Treppenstufen (Anzahl): Lift:</p>	<p><input type="checkbox"/> lebt alleine:</p> <p><input type="checkbox"/> lebt mit Angehörigen, mit: <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> betreutes Wohnen:</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeheim:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Benutzt Ihr Angehöriger Hilfsmittel?</p>	<p><input type="checkbox"/> Rollator, seit wann: <input type="checkbox"/> Gehstock, seit wann: <input type="checkbox"/> Rollstuhl, seit wann: <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung, seit wann: <input type="checkbox"/> Pflegebett, seit wann: <input type="checkbox"/> Hüftprotektoren, seit wann: <input type="checkbox"/> Notrufknopf, seit wann:</p> <p><input type="checkbox"/> andere:</p>
<p>Wie war die Mobilität Ihres Angehörigen?</p>	<p><input type="checkbox"/> konnte allein außer Haus <input type="checkbox"/> außer Haus nur in Begleitung <input type="checkbox"/> hausgebunden, aber in Wohnung mobil <input type="checkbox"/> nur wenige Schritte in Begleitung <input type="checkbox"/> nicht gehfähig <input type="checkbox"/> bettlägerig</p>
<p>Kam es in den letzten 12 Monaten zu Stürzen?</p> <p>Beim Sturz bewusstlos?</p>	<p><input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ja, wann zuletzt:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ?</p>

Unterstützungsbedarf

Braucht für den Einkauf Hilfe?
Braucht für Bankgeschäfte Hilfe?
Braucht beim Putzen Hilfe?

nein ja, durch wen:
 nein ja, durch wen:
 nein ja, durch wen:

Braucht Hilfe bei Körperpflege?
Braucht Hilfe bei Zahn-, Mundpflege?
Braucht Hilfe bei der Haarpflege?
Braucht Hilfe beim An-, Auskleiden?
Braucht auf der Toilette Hilfe?

nein ja, durch wen:
 nein ja, durch wen:
 nein ja, durch wen:
 nein ja, durch wen:
 nein ja, durch wen:

Unterstützt eine Sozialstation?

nein ja, welche:

Besteht ein Pflegegrad?

nein beantragt
 ja, welcher: 1 2 3 4 5

Medikamentenumsetzung

bisher ohne Hilfe
 Medikamente wurden gerichtet
 täglich
 wöchentlich
Von
 Angehörigen, wer?:
 Sozialstation:
 anderen, wer?:

Wer besorgt die Medikamente von der Apotheke?

Patient selbst
 andere:

Wie schätzen sie die Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme ein?

sehr gewissenhaft
 häufiger beobachtet, dass Medikamenteneinnahme vergessen wurden.
 Sozialstation überwacht die Einnahme
 Angehörige überwachen die Einnahme

Konfession

Besucht ihr Angehöriger in seiner Gemeinde Gottesdienste?

nein ja

Welcher Konfession gehört Ihr Angehöriger an?

ev. kath. andere:

Ist der Glaube ein wichtiges Thema für Ihren Angehörigen?

nein ja

Fragen zum Verhalten Ihres Angehörigen:			Erst seit Ta- gen	Seit 1-6 Monaten	über 6 Monate
Hat er/sie Schwierigkeiten, sich an aktuelle Ereignisse (z.B. kürzlicher Besuch/Ausflug) zu erinnern?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht er/sie häufiger nach Worten oder Formulierungen?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat er/sie Probleme beim zweckentsprechenden Umgang mit Gegenständen/Werkzeugen?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verläuft/verfährt er sich häufiger?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat er/sie Probleme, Alltagsverrichtungen (z.B. Teekochen) in allen Teilschritten richtig auszuführen?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat er/sie Probleme, neue bzw. ungewohnte Situationen zu meistern?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braucht er/sie Hilfe beim Ankleiden, Essen oder Waschen?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederholt er/sie häufiger dieselben Fragen oder Feststellungen?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meidet er/sie neuerdings Kontakte?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erscheint er/sie in letzter Zeit in seiner/ihrer Stimmung gedrückt / niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sein/ihr Antrieb in letzter Zeit nachgelassen?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat er/sie aus eigenem Antrieb / Wunsch einen Arztbesuch erbeten?	<input type="checkbox"/> nein	ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt er/sie eine Einsicht in die derzeitige Lebenssituation oder sogar Besorgnis über die (Gesundheits-) Situation?	<input type="checkbox"/> nein	Ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>