



## Angehörigenfragebogen Geriatrie und Innere Medizin 2

Sehr geehrte/r Angehörige/r,  
wir benötigen Ihre Hilfe um ein umfassenderes Bild zu erhalten und um mögliche gesundheitliche und sozialmedizinische Probleme zu erkennen und zu behandeln.

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen alleine ohne die Hilfe Ihres Angehörigen** und übergeben Sie den Fragebogen der Station. Vielen Dank!

Datum: \_\_\_\_\_

**PATIENT/IN**

- Ehefrau/Ehemann  
 Tochter/Sohn  
 anderes: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen: Ihr Name \_\_\_\_\_ Ihre Tel.: \_\_\_\_\_  
Ihre E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Behandelnder Hausarzt:	
Urologe:	
Nervenarzt:	
Kardiologe:	
Sonstige behandelnde Ärzte:	
Letzte Krankenhausaufenthalte (wann/wo):	
Bekannte Vorerkrankungen:	



Aktuelle Medikamente  Bitte auch <b>Augentropfen, Salben, Schlafmittel, Abführmittel</b> , freiverkäufliche Medikamente angeben	
Hat Ihr Angehöriger eine Vorsorgevollmacht verfasst?  (bitte Urkunde vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Bereiche: <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Vermögen  Bevollmächtigte Person: _____ Telefonnummer: _____ E-Mail _____
Ist eine Betreuung eingerichtet?  (bitte Urkunde vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Bereiche: <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Vermögen  Bevollmächtigte Person: _____ Telefonnummer: _____ E-Mail _____
Hat Ihr Angehöriger eine Patientenverfügung verfasst? (bitte Urkunde vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen _____
Ist sie/er Raucher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht mehr seit: _____ <input type="checkbox"/> ja (wieviel pro Tag): _____
Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht mehr seit: _____ <input type="checkbox"/> ja (was, wieviel): _____
Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (ca. wieviel kg) _____
Wie ist der Appetit?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig seit _____ <input type="checkbox"/> schlecht seit _____
Verschluckt sich Ihre Angehöriger beim Essen oder Trinken oder muss er dabei oft husten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beschreibung: _____
Besteht eine Anpassung der Kost?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> fein passiert <input type="checkbox"/> weiche Vollkost
Besteht eine Anpassung der Trinkkonsistenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Flüssigkeiten andicken <input type="checkbox"/> _____
Spezielle Ernährung? (wenig Fleisch/vegetarisch o. Ähnliches)	Feld nein



Tägliche Trinkmenge?	<input type="checkbox"/> mehr als 2 Liter <input type="checkbox"/> 1-2 Liter <input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter
Wie ist der Schlaf Ihres Angehörigen?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht seit _____ Beschreibung der Beschwerden _____ _____ <input type="checkbox"/> Schlafmittel: _____
Wie schätzen Sie das Hörvermögen ein? (bitte Hörgerät mitbringen)	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie schätzen Sie das Sehvermögen ein? (Bitte Brille mitbringen)	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> Brille vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Angehöriger eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/> ja mitgebracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Wie ist die Urinausscheidung?	<input type="checkbox"/> keine Probleme <input type="checkbox"/> kann Urin nicht immer halten seit: _____ <input type="checkbox"/> kann Urin nie halten seit: _____ <input type="checkbox"/> Ursache bekannt: _____ <input type="checkbox"/> zu Hause mit Blasenkatheeter <input type="checkbox"/> letzter Wechsel des Blasenkatheeters am: _____
Wie ist die Stuhlausscheidung?	<input type="checkbox"/> keine Probleme <input type="checkbox"/> Probleme mit Verstopfung <input type="checkbox"/> kann Stuhl nicht immer halten seit: _____ <input type="checkbox"/> kann Stuhl nie halten seit: _____
Wie ist die Wohnsituation?	<input type="checkbox"/> lebt alleine <input type="checkbox"/> lebt mit (Name, Angehörigenverhältnis): _____ <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeheim: _____
Hilfsmittel vorhanden?	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Hausnotruf <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Andere: _____
Besteht Unterstützung zu Hause?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegedienst Aufgaben: _____ <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. Angehörige) Aufgaben: _____
Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja. <input type="checkbox"/> PG1 <input type="checkbox"/> PG2 <input type="checkbox"/> PG3 <input type="checkbox"/> PG4 <input type="checkbox"/> PG5
Wurde ein Antrag auf Rehabilitation gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde ein Antrag zur Aufnahme in ein Pflegeheim gestellt?	<input type="checkbox"/> ja Einrichtung _____ <input type="checkbox"/> nein



Wie war die Mobilität vor der aktuellen stationären Aufnahme?	alleine außer Haus (zuerst!) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> außer Haus nur in Begleitung <input type="checkbox"/> alleine innerhalb der Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> wenige Schritte in Begleitung <input type="checkbox"/> nicht mehr gehfähig seit: _____ <input type="checkbox"/> bettlägerig seit: _____
Kam es in den letzten 12 Monaten zur Stürzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie oft? _____ <input type="checkbox"/> mit Bewusstlosigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unklar



**Versorgung Ihres Angehörigen:**

Hilfe beim Waschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hilfe durch:
Hilfe beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hilfe durch:
Hilfe beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hilfe durch:
Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hilfe durch:
Hilfe beim Einkaufen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hilfe durch:
Hilfe beim Kochen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hilfe durch:
Hilfe im Haushalt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hilfe durch:

**Fragen zum Verhalten und Gedächtnis Ihres Angehörigen:**

Hat Ihr Angehöriger Schwierigkeiten sich an Aktuelles zu erinnern? (Besuch, Tagesgeschehen etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Fallen Ihrem Angehörigen die Worte nicht mehr so gut ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Wiederholt er/sie oft die gleichen Fragen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Verläuft er/sie sich manchmal? (In der Stadt, im Restaurant etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Hat er/sie Schwierigkeiten Dinge zu erledigen, die Ihm/Ihr sonst immer leichtgefallen sind? (Wäsche waschen, Telefonieren, Kaffeemaschine bedienen etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Erscheint Ihr Angehöriger niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Hat der Antrieb nachgelassen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Hat er/sie sich von sozialen Kontakten/Aktivitäten zurückgezogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Leidet Ihr Angehöriger unter starker Unruhe oder dem Drang herumzulaufen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Vergisst Ihr Angehöriger zu essen oder zu trinken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Zeigt Ihr Angehöriger Einsicht über den Zustand und den aktuellen Hilfebedarf?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten
Gibt es Hinweise auf Halluzinationen? (Tiere, Menschen im Zimmer, sich beobachtet/bedroht fühlen etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit einigen Wochen	<input type="checkbox"/> Ja, seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, seit mehr als 6 Monaten