

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Zusendung in
 verschlossenem Umschlag an die oben genannte Adresse oder persönliche
 Abgabe

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1.0	Name, Vorname:
1.1	Geburtsdatum:

2.0	Diagnosen:

3.0	Empfohlene stationäre Versorgung	Ja	Nein
3.1.	Pflegebereich		
3.2.	Geronto- psychiatrische Abteilung		

4.0	Liegt ein Pflegegrad vor?	Ja	Nein
	Wenn ja, welcher?		
4.1	Pflegegrad ist bereits beantragt		

5.0	Meldepflichtige Erkrankungen	Ja	Nein	Dem Gesundheitsamt gemeldet
5.1	MRSA			
5.2	Ausschluss Tuberkulose § 36 IfSG			

6.0	Sonstige Infektionskrankheiten	Ja	Nein	Dem Gesundheitsamt gemeldet

7.0	Pflegerelevante Besonderheiten	Ja	Nein
7.1	Harninkontinenz		
7.2	Stuhlinkontinenz		
7.3	Dekubitus		
	Wenn ja, an welchen Stellen:		
7.4	Anus praeter		

		Ja	Nein
7.5	PEG- Sonde		
7.6	Ernährungssonde		
7.7	Infusion		
7.8	Dauerkatheter		
7.9	Suprapubischer Katheter		
7.10	Dialyse		
7.11	ZVK		
7.12	Port		
7.13	Tracheostomie		

		Ja	Nein	Letzte Kontrolle
7.14	Marcumar			
7.15	Herzschrittmacher			
7.16	Glaukom			

8.0	Funktionelle Einschränkungen	Ja	Nein
8.1	Lähmungen		
	Welche?		
8.2	Kontrakturen		
	Welche		

9.0	Sinnesbehinderung	Ja	Nein
9.1	Motorische Sprachstörung		
9.2	Sensorische Sprachstörung		
9.3	Eingeschränktes Sehvermögen		
9.4	Brillenträger		
9.5	Erblindung		
9.6	Schwerhörigkeit		
9.7	Hörgerät- Träger		
9.8	Ertaubt		
9.9	Geistige Behinderung		

10.0	Orientierung und Verhalten	Ja	Nein	Teilweise
10.1	Orientierung zur Person			
10.2	Zeitlich orientiert			
10.3	Örtlich orientiert			
10.4	Situativ orientiert			
10.5	Motorische Unruhe			
10.6	Depressionen			
10.7	Halluzinationen			
10.8	Nächtliche Unruhe			
10.9	Weglaftendenz			
10.10	Demenz			
10.11	Selbstgefährdung			

		Ja	Nein	Teilweise
10.12	Gefährdung anderer			
10.13	Suizidgefahr			

11.0	Suchterkrankungen	Ja	Nein
11.1	Alkoholabhängigkeit		
11.2	Raucher		
11.3	Medikamentenabhängigkeit		
11.4	Andere?		
11.5	Welche?		

12.0	Medikation	Früh	Mittag	Abend	Nacht

12.1	Unverträgliche Medikamente

13.0	Bedarfsmedikation
13.1	Bei welchen Beschwerden?
13.2	Medikation:
	Maximale Einzeldosis:
	Maximale Tagesdosis:

14.0	Welche Impfungen wurden vorgenommen?			
		Ja	Nein	Wann
14.1	Tetanus			
14.2	Gripeschutzimpfung			
14.3	Hepatitis A und B			
14.4	FSME			
14.5	Polio			
14.6	Diphtherie			
14.7	Pneumonie			

15.0	Hilfe bei Körperpflege	Vollständige Übernahme	Teilweise Übernahme	Keine Hilfe notwendig
15.1	Ganzwaschung			
15.2	Teilwaschung			
15.3	Duschen / Baden			
15.4	Kämmen / Rasieren			
15.5	Mundpflege			

16.0	Ernährung			
16.1	Nahrungsaufnahme			
16.2	Flüssigaufnahme			

		Ja				Nein				Welche			
16.3	Vollkost												
16.4	Passierte Kost												
16.5	Schonkost												
16.6	Flüssignahrung, Menge?												
16.7	Sondennahrung, Menge?												
16.8	Diät												
	Früh	BE	ZM	BE	Mittag	BE	ZM	BE	Abend	BE	SM	BE	
16.9	Unverträgliche Speisen												

17.0	Ausscheidungen	Vollständige Übernahme	Teilweise Übernahme	Keine Hilfe notwendig
17.1	Toilettengang (Urin)			
17.2	Toilettengang (Stuhlgang)			
17.3	Inkontinenzartikelwechsel			
17.4	Wechsel / Entleeren Urinbeutel			
17.5	Wechsel / Stomabeutel			

18.0	Mobilität	Vollständige Übernahme	Teilweise Übernahme	Keine Hilfe notwendig
18.1	Aufstehen / Zubettgehen			
18.2	An- / Auskleiden			
18.3	Stehen			
18.4	Gehen			
18.5	Treppensteigen			
18.6	Transfer Rollstuhl			
18.7	Lagerung			

19.0	Mitbehandelnde Ärzte und Therapeuten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes