

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Adresse:		
Pflegegrad: 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		

Fachärzte (Falls vorhanden, Name):

<input type="checkbox"/> Neurologe:	<input type="checkbox"/> Kardiologe:	<input type="checkbox"/> Urologe:
<input type="checkbox"/> Hautarzt:	<input type="checkbox"/> HNO Arzt:	<input type="checkbox"/> Palliativ:

Bestehen ansteckende Krankheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Hepatitis, Typ:
	<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Sonstige:			

Krankenhausaufenthalt: nein ja (Entlassungsbericht letzter Aufenthalt bitte beifügen!)

Patientenverfügung vorhanden: ja nein

Grund der Heimaufnahme:

<input type="checkbox"/> Alleinstehend	<input type="checkbox"/> Überlastung der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Pflegerische Versorgung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Hilfe ist erforderlich beim:

<input type="checkbox"/> Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Aufstehen/ Hinsetzen	<input type="checkbox"/> sonstiges:
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Frisieren/ Rasieren	a)
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Einnahme von Medikamenten	b)
<input type="checkbox"/> Toilettenverrichtungen	<input type="checkbox"/> Lagerung	c)

Bestehen besondere Aufsichtsbedürftigkeiten?

	ja	nein	
Unruhezustände			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Nachtaktiv			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Hinlauff Tendenzen			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Freiheitsentziehende Maßnahmen			<input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Vorstecktisch im Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gurt im Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Wahnvorstellungen			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Schreien/ Rufen			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Selbstgefährdung			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Fremdgefährdung			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich

Allgemeine Fragen

	ja	nein	
Körperliche Behinderungen vorhanden?			Welcher Art?
Psychische Behinderung vorhanden?			Welcher Art?
Dekubitus/Pergamenthaut vorhanden?			Welche Stelle?

Änderungsstatus: 1	Bearbeitet von: PDL, QMB, WBL	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 12.09.2018. Inkrafttreten am: 12.09.2018.
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

