

## 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:

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
Hinlauftendenzen			<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	
Bestehen ansteckende Krankheiten?			<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Hepatitis, Typ: <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Sonstige:
Körperliche Behinderungen vorhanden?			Welcher Art?
Psychische Behinderung vorhanden?			Welcher Art?
Dekubitus/Pergamenthaut vorhanden?			Welche Stelle?
Diätkost erforderlich?			Welche?
Diabetes mellitus?			Insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Änderungsstatus: 0	Bearbeitet von: PDL, QMB, WBL	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 31.08.2018. Inkrafttreten am: 31.08.2018.
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--

**ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME**

	ja	nein	
Suchtverhalten?			Welches?
Gehfähigkeit vorhanden?			
Gehhilfe erforderlich?			Welche?
Bettlägerigkeit?			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Urininkontinenz vorhanden?			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Stuhlinkontinenz vorhanden?			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Desorientierung zur: Person			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Zeit			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Ort			<input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> gelegentlich

**Diagnosen**

<b>1</b>	
<b>2</b>	
<b>3</b>	
<b>4</b>	
<b>5</b>	
<b>6</b>	
<b>7</b>	
<b>8</b>	
<b>9</b>	
<b>10</b>	

**Medikamente**

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

**Raum für weitere Mitteilungen**

---



---



---



---



---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

**Nur ein vollständig ausgefüllter Fragebogen ermöglicht schnelle Bearbeitung!**

Änderungsstatus: 0	Bearbeitet von: PDL, QMB, WBL	Verantwortet von: PDL	Freigegeben am: 31.08.2018. Inkrafttreten am: 31.08.2018.
--------------------	-------------------------------	-----------------------	--