



Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Bitte lassen Sie diesen Bogen von Ihrem Hausarzt ausfüllen und geben ihn zeitnah bei uns ab.

Vorname, Nachname, Geburtsdatum _____

Bestehende Diagnosen: _____

Frei von ansteckenden Krankheiten:

ja nein, Diagnose: _____

Hilfebedarf:

Bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Immobil	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim an- auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim frisieren/rasieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim aufstehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal

Kontinenz:

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal

Ernährung:

Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> angemessen	<input type="checkbox"/> kachektisch	<input type="checkbox"/> adipös
Diät erforderlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____	

Pflegerelevante Risikofaktoren:

<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> DK / PUFU	<input type="checkbox"/> Tracheostoma
<input type="checkbox"/> Wachkoma	<input type="checkbox"/> Kontrakturen	<input type="checkbox"/> MRSA/ORSA/Clostridien
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> DK/PUFI	<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit
<input type="checkbox"/> Ernährungsdefizit	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
<input type="checkbox"/> Dekubitus Gefahr	<input type="checkbox"/> Dekubitus Grad _____	
<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Hilfsmittel:

Rollstuhl vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht benötigt
Rollator vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht benötigt

Benötigt wird _____

**Orientierung eingeschränkt:**

- | | | | |
|------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Persönlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal |
| Zeitlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal |
| Örtlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal |
| Situativ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal |
| Nachtaktiv | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal |

Verhalten:

- | | | | |
|--------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------|
| Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____ | |
| Selbstgefährdung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, inwiefern: _____ | |
| Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____ | |
| Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal |
| Kooperationsbereit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> manchmal |

Stimmung:

Letzte Medikation

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Warum wird eine stationäre Pflege für notwendig erachtet?

Hinweise/Bemerkungen:

 Stempel

 Ort/Datum

 Unterschrift Arzt