

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Kurzzeitpflege / Tagespflege

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____ Pflegegrad: _____

1. Benötigt der Gast Hilfen beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	der Toilette:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ist der Gast orientiert:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ist Sie/Er bettlägerig?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Liegt Inkontinenz vor?

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

6. Bestehen Unverträglichkeiten/Allergien?

<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja. Welche? _____

7. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

8. Besteht eine Suchterkrankung? Werden regelmäßig Psychopharmaka verordnet?

9. Besteht eine körperliche Behinderung?

10. Liegt eine psychische Störung vor? (Demenz mit Unruhe und Hinlauftendenzen?)

11. Bestehen ansteckende Krankheiten? (wie z.B. TBC)

12. Diagnose (bitte deutlich schreiben!) – Liegen **chronische Erkrankungen** vor?

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden? (Bitte einen aktuellen Medikamentenplan beifügen)

14. Ist Diät/Schonkost erforderlich? Wenn ja, in welcher Art?

15. Sind eigene (Pfleger-)Hilfsmittel vorhanden? Wenn ja, in welcher Art?

17. Ist der Gast bei weiteren (Fach-)Ärzten in Behandlung?

18. Bemerkungen, Hinweise

Diese **ärztliche Stellungnahme** beruht auf einer persönlichen

Untersuchung der Aufzunehmenden Person.

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes