

Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in die vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder Tagespflege



Sozialdienst

Tel.: 03731 794-519 | Fax: 03731 794-619 | E-Mail: sozialdienst@seniorenheime-freiberg.de

Haus Johanna Rau Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Haus Elisabeth Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Haus Elisabeth Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Haus Johannishof Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Haus Johannishof Tagespflege <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	--

Zutreffendes bitte ankreuzen

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Behandelnder Arzt _____ Krankenkasse, Versichertennummer: _____

Vorsorgebevollmächtigte/r, Betreuer, Telefonnummer: _____

Körperlicher Zustand/Erkrankungen

			Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo: _____	
Kontraktur(en)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo: _____	
Lähmung(en)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo: _____	
Wunde(n)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo: _____	

Infektionen

IfSG § 36 Abs. 4

Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
ESBL	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Scabies	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:	_____	

Allergien

nein ja welche: _____

Suchterkrankungen

nein ja welche: _____

Psychische Erkrankungen

nein ja welche: _____

Freiheitseinschränkende Maßnahmen

nein ja welche: _____

Richterlicher Beschluss liegt vor seit: _____

Bitte Kopie beifügen

Diagnosen (ICD 10 Code) und Befunde (ggf. separate Aufstellung beifügen)

Die Patientin/der Patient bedarf fremder Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Legende:

KH = Keine Hilfe, A = Anleitung, B = Beaufsichtigung, U = Unterstützung, TÜ = Teilweise Übernahme, VÜ = Vollständige Übernahme

Mobilität

	KH	A	B	U	TÜ	VÜ	
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bettlägerig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gehen/Stehten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bett aufsuchen/verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerungswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lagerung: _____

Rev. 5 Stand 2013/07

Seite 1 von 2

Legende:

KH = Keine Hilfe, A = Anleitung, B = Beaufsichtigung, U = Unterstützung, TÛ = Teilweise Übernahme, VÛ = Vollständige Übernahme

<u>Körperpflege</u>	KH	A	B	U	TÛ	VÛ
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nahrungsaufnahme

Kostform _____ Flüssigkeitsmenge ml/Tag _____

Sondenernährung

nein ja Art/Nahrung / ml/h _____

	KH	A	B	U	TÛ	VÛ	Kontrolle erforderlich?	
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Schluckstörungen nein ja
Ernährungszustand gut kachektisch adipös

<u>Kleiden</u>	KH	A	B	U	TÛ	VÛ
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewohnheiten äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausscheidung

nein ja
Selbständige Toiletten-
nutzung
Harninkontinenz
Blasenverweilkatheter liegt seit: _____ suprapub. transurethral
Stuhlinkontinenz
Anus praeter
Neigt zu Obstipation Diarrhöe IKM: _____

Bewusstsein/Kommunikation

Orientierungsstörung persönlich zeitlich örtlich situativ
Patient/in ist wach ansprechbar sediert
Artikulations-/Sprachstörungen _____
Primäre Bezugsperson _____

Wach-/Schlafrhythmus _____

Hilfsmittel

Brille Toilettenstuhl Rollstuhl
 Hörgerät(e) rechts links Dusch-/Badeeinsatz Rollator
 Gehilfe Toilettenaufsatz _____
 Zahnprothese unten oben AD-Matratze _____

Medikation/Bedarfsmedikation (ggf. separate Aufstellung beifügen)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ggf. anfallende Gebühren für das Ausfüllen des ärztlichen Fragebogens trägt die Patientin/der Patient.