

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme (nur von einem Arzt auszufüllen)

1. Vor- und Zuname:				
2. Geburtsdatum:				
3. Benötigt der/die Patient (-in) Hilfe beim:				
Gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Essen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
4. Ist der/die Patient(-in):				
Zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Weglaufen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
5. Treten nachts Unruhezustände auf:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
6. Ist der/die Patient(-in) bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
7. Liegt Inkontinenz vor?				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
8. Wie ist die Gemütsstimmung? (die seelische Verfassung)				
9. Besteht eine körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art?)				
10. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art?)				
11a. Bestehen ansteckende Krankheiten (wie z.B. TBC, MRGN, SARS-CoV-2)? (bitte genau beschreiben!)				

Ärztlicher Fragebogen

11b. Wenn SARS-CoV-2 Erkrankung durchgemacht, Zeitpunkt der Genesung bzw. ab wann negativ getestet?	Datum:				
11c. Besteht eine Impfung für SARS-CoV-2?	Impfung	Ja	Datum	Nein	Welcher Impfstoff?
1.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
2.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
3.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
12. Diagnose(-n):					
12a. Allergien: (wenn ja, welche?)					
12b. Tierallergien: (wenn ja, welche?)					
12c. Künstliche Ernährung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Nasensonde	
12d. Wurde bereits ein Antrag auf einen Pflegegrad gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein				
	<input type="checkbox"/> Ja	am:			
	von wem?				
	bei Pflegekasse:				
13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?					
14. Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)					
15. Hinweise, Bemerkungen:					
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person					
	Ort / Datum		Unterschrift und Stempel des Arztes		