

Ärztlicher Fragebogen (vom Arzt auszufüllen)

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Die Anmeldung ist nur mit der Anmeldung zur Aufnahme vollständig. Bitte reichen Sie ggf. zusätzlich zu diesem Formular einen aktuellen Pflegeüberleitbogen der ambulanten Pflege/ Klinik ein. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

Name		Vorname	
Geburtstag			
Größe		Gewicht	
Liegt eine palliative Situation vor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> noch unklar
Diagnosen			
Liegen weitere Diagnosen/ Symptome vor			
Dementielle Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Weitere psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Suchterkrankung (z.B. Rauchen, Alkohol etc.)	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden? ¹			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/wo		
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, wo		Grad
Wunden	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
Allergie/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer
Sprachbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer
Behandlungspflege z.B. Medikation, Injektion, Verbandswechsel, Kompressionsstrümpfe/- verband	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche?		
Datum, Unterschrift und Telefonnummer des Arztes:			

¹ Nach IfSG §35 (5)

Welche Fähigkeiten hat die zu pflegende Person? (von pflegender Person auszufüllen)

Im Bereich Kognition		Vorhanden	teilweise vorhanden	Nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung				
Örtliche Orientierung				
Orientierung zur Person				
Sich Erinnern				

Besondere Verhaltensauffälligkeiten		nein	gelegentlich	täglich
Abwehrendes Verhalten				
Hin-/Weglauftendenz				
Nächtliche Unruhe				
Unruhe/Ängste am Tag (z.B. Rufen)				

Im Bereich Mobilität		Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unselbstständig
Drehen im Bett				
Stabiles freies Sitzen				
Umsetzen (von Bett auf Stuhl)				
Fortbewegen auf der Ebene				

Im Bereich Selbstversorgung		Selbstständig	Teils selbstständig	Unselbstständig
Körperpflege				
Aufnahme der Nahrung				
Mundgerechte Zubereitung				
Trinken				
Ernährung parenteral (PEG/PEJ)				
Benutzen einer Toilette				

Besonderheiten bei der Ernährung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	Bewältigung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Stoma	<input type="checkbox"/> ja	Umgang	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	Bewältigung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Dauerkatheter/Urostoma	<input type="checkbox"/> ja	Umgang	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Werden Hilfsmittel benötigt z.B. Rollator, Rollstuhl, Weichlagerungsmatratze, Sauerstoffgerät, Schlafmaske etc.	<input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> ja, welche?			
		Bereits verordnet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Bereits vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen	
Werden Bettseitenteile angewandt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann
Werden Gurte angewandt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann:
Notwendigkeit der Unterbringung auf einem Demenzwohnbereich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ärztliche Einschätzung liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Richterliche Genehmigung für die oben bejahten Maßnahmen liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Die zu pflegende Person ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden <input type="checkbox"/> Verständigung nicht möglich
Ausgefüllt von:	