Pflegehaus im Thomaszentrum
Tullastr. 15
79108 Freiburg
Tel. 0761 2163670

Evangelische Stadtmission Freiburg

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/ Klink ein. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

Name		Vorname	
Geburtstag			
Größe		Gewicht	
Liegt eine palliative Situation vor	☐ nein	☐ ja	☐ noch unklar
Diagnosen			

Liegen weitere Diagnosen/ Symptome vor				
Dementielle Erkrankungen	☐ nein ☐ ja, welche			
Weitere psychische Erkrankungen	☐ nein ☐ ja, welche			
Suchterkrankung (z.B. Rauchen, Alkohol etc.)	☐ nein ☐ ja, welche			
Ansteckende Krankheiten	☐ nein ☐ ja, welche			
Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden (nach IfSG §35 (5)):		☐ nein	☐ ja	
Multiresistente Keime	☐ nein ☐ ja, welche/wo			
Dekubitus	☐ nein ☐ ja, wo		Grad	
Wunden	☐ nein ☐ ja, welche/ wo			
Kontrakturen	☐ nein ☐ ja, welche/ wo			
Allergie/ Unverträglichkeiten	☐ nein ☐ ja, welche			
Körperliche Behinderung	☐ nein ☐ ja, welche/ wo			

Hörbehinderung	☐ nein ☐ leicht ☐ schwer	Sehbehinderung	☐ nein ☐ leicht ☐ schwer
Sprachbehinderung	☐ nein ☐ leicht ☐ schwer	Schluckstörungen	☐ nein ☐ leicht ☐ schwer
Behandlungspflege z.B. Medikation, Injektion, Verbandswechsel, Kompressionsstrümpfe/-verband	☐ nein ☐ ja, welche?		
Datum, Unterschrift und Telefonnummer des Arztes:			

Pflegehaus im Thomaszentrum
Tullastr. 15
79108 Freiburg
Tel. 0761 2163670

Evangelische Stadtmission Freiburg

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	Unselbst-ständig
Drehen im Bett			
Stabiles freies Sitzen			
Umsetzen (von Bett auf Stuhl)			
Fortbewegen auf der Ebene			

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

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

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