

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme :

Vor- und Zunahme: _____

Geburtstag: _____ Krankenversichert bei : _____

Ist der Patient gehfähig ? Ja Nein unsicher

Sind Hilfen beim Gehen erforderlich ?
 Ja Nein Handstock
 Rollator Muß geführt werden

Ist der Patient häufig bettlägrig ? Ja Nein

Ständig bettlägrig ? Ja Nein

Beherrschung des Stuhlabgangs ? Ja Nein

Beherrschung des Urinabgangs ? Ja Nein

Auf fremde Hilfe angewiesen bei:

Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
Waschen	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
Lagern zur Nacht	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
Rasieren/Frisieren	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
Baden	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
Medikamention	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig

Örtlich orientiert ? Ja teilweise Nein

Zeitlich orientiert ? Ja teilweise Nein

Nachts ruhig ? Ja teilweise Nein

Drängt nach draußen ? Ja teilweise Nein

Gemütsstimmung freundlich reserviert aggressiv depressiv

Suchtkrankheiten nein ja, welche? _____

Liegen körperliche Behinderungen vor?
 nein ja, welche? _____

Sind Hilfsmittel verordnet?
 nein ja, welche? _____

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?
 ja nein, welche? _____

Liegt eine Röntgen- Thoraxaufnahme vor (nicht älter als ein halbes Jahr)?
 ja nein

Ist eine Diät erforderlich?
 nein ja, welche? _____

Diagnose:

Besteht ein Tetanusschutz?
 nein ja, letzte Impfung am: _____

Sind Ihnen mitbehandelnde Kollegen bekannt (z.B. Neurologen)?
 nein ja, welche? _____

War bisher ein ambulanter Pflegedienst beim Patienten tätig?
 nein ja, welcher? _____

Hat der Patient eine von der Pflegekasse beschiedene Pflegestufe?
 nein ja, welche? _____

In welche Pflegestufe wird der Patient Ihrer Einschätzung nach zugeordnet werden:
 Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3

_____, den _____

(Stempel und Unterschrift des Arztes)