



# Ärztlicher Fragebogen

(ausschließlich zum Zweck der Heimaufnahme. Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. in geschlossenem Umschlag weiterleiten.)

1. Name, Vorname .....  
 ggf. Geburtsname .....
2. Geburtsdatum .....

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht um Zwecke der Heimaufnahme

.....  
 Unterschrift des Patienten/Betreuers/Bevollmächtigten

3. Pflegebegründende Diagnosen: .....

Fehlen einer Pflegeperson und Ablehnung professioneller ambulanter Pflege

Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson (Alter/Krankheit/Eigenbelastung)

Fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen

Eigen- oder Fremdgefährdung

Drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung oder Vereinsamung des Pflegebedürftigen

Räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die durch bauliche Maßnahmen oder Hilfsmittel nicht zu beseitigen sind (ggf. welche?)

Sonstiges.....

.....

4. Allergien: .....

5. Aktuelle Medikation: .....

6. Ist Patient gehfähig?            ja            nein            nur mit Hilfe

7. Ist Treppensteigen möglich?    ja            nein            nur mit Hilfe

8. Ist Patient bettlägerig?        ja            nein

9. Beherrschung des Stuhlgangs? ja            nein            nicht immer

Stoma                                ja            nein

10. Beherrschung des Urinabgangs? ja            nein            nicht immer

Versorgung mit:                    ja            nein

Dauerkatheter                      ja            nein

Wenn ja, Diagnose: .....

Inkontinenzartikel                ja            nein

11. Orientiert?                      ja            nein            nicht immer

▪ zur Person?                        ja            nein            nicht immer

▪ zum Ort?                            ja            nein            nicht immer

▪ zur Situation?                    ja            nein            nicht immer

▪ zur Zeit?                            ja            nein            nicht immer

12. Nachts unruhig?                ja            nein            nicht immer

13. Besteht ein Dekubitus?        ja            nein

Wo? .....

.....

.....

14. Erforderliche Hilfen; Hilfsbedürftigkeit bei(m)
- |                            |                             |                                      |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Körperreinigung/-pflege    | Essen/Trinken               | Benutzung der Toilette               |
| Waschen                    | Gehen                       | Ausführung ärztlicher Verordnungen   |
| Baden/Duschen              | Aufstehen/Zubettgehen       | Frisieren/Rasieren                   |
| An- und Auskleiden         | Benutzung eines Rollstuhles | Mund-/Zahn-, Nagelpflege             |
| Versorgung bei Inkontinenz | Dauernde Nachtwache         | Notwendigkeit der dauernden Aufsicht |
- Motivation/Anleitung bei Verrichtungen des täglichen Lebens  
An- und Ablegen von Hilfsmitteln/ Körperersatzstücken

Verabreichen lebensnotwendiger Medikamente

Dauernde Hilfe wegen anderer erschwerender Umstände, und zwar:.....

.....

.....

15. Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich? ja nein  
Wenn ja, wann und welche?

.....

.....

16. Körperliche Beeinträchtigung z.B. Kontrakturen, Hörvermögen ja nein  
Welche? .....

.....

Welche Hilfsmittel? .....

.....

17. Weglauftendenz/Hinlauftendenz ja nein

18. Geistig-seelische Beeinträchtigung ja nein

Welche? .....

.....

19. Besteht Suizidgefahr? ja nein

20. Suchtkrankheiten? ja nein

Welche? .....

.....

21. Frei von ansteckenden Krankheiten ja nein

TBC ja nein

MRSA ja nein

22. Diagnosen (bitte in Druckbuchstaben) .....

.....

.....

23. Verordnungen ärztlicher Behandlungspflege .....

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes