

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

Fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen

Drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung oder Vereinsamung des Pflegebedürftigen

Sonstiges.....
.....

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

Eigen- oder Fremdgefährdung

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

.....
.....

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:
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