

Ärztlicher Fragebogen

für die Aufnahme in einem Alten- und Pflegeheim

Name, Vorname der Patientin oder des Patienten	Geburtsdatum
Anschrift	in Behandlung seit

1. **Diagnosen** (soweit möglich, bitte deutsche Bezeichnungen aller z. Z. bestehenden Behinderungen und Leiden angeben)

2. a) Untersuchung gem. § 36 Abs. 4 IfSG vom _____ Datum Rö-Thorax o.B. m.B.

b) Ansteckende Krankheiten liegen nicht vor liegen vor: _____

3. **Auswirkungen der Behinderungen bzw. Leiden**

a) Die Patientin oder der Patient

<input type="checkbox"/> leidet an Anfällen	<input type="checkbox"/> ist suizidgefährdet	<input type="checkbox"/> ist abhängig von Drogen/Alkohol
<input type="checkbox"/> ist abhängig von Nikotin	<input type="checkbox"/> ist abhängig von Medikamenten	
<input type="checkbox"/> ist örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> ist zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> ist situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> ist persönl. desorientiert	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> ist depressiv	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> ist inkontinent Darm	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> ist inkontinent Urin	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> benötigt besondere Nahrung	<input type="checkbox"/> Schonkost	<input type="checkbox"/> Diätkost (gegebenenfalls Angabe der BE:) _____
<input type="checkbox"/> benötigt einen Dauerkatheter, weil _____		
<input type="checkbox"/> benötigt	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> Aufsicht/Anleitung, weil _____
<input type="checkbox"/> benötigt aus medizinischer Sicht ein Einzelzimmer, weil: _____		
<input type="checkbox"/> benötigt folgende Medikamente : _____		

3. b) **Pflegerischer Hilfebedarf** (ggf. nach Rücksprache mit den betreuenden Sozialstationen bzw. der Stationsleitung des Krankenhauses/Alten- und Pflegeheimes ausfüllen)

Die Patientin oder der Patient

ist Rollstuhlfahrer(in)

ist bettlägerig

gelegentlich

häufig

dauernd

Die Patientin oder der Patient benötigt Hilfe beim:

	gelegentlich	häufig	dauernd
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zahn-/Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verrichten der Notdurft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nämlich

<input type="checkbox"/> Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aufstehen und zu Bett Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gehen/Rollstuhl Benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verbinden/Wunde Pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nämlich:

<input type="checkbox"/> Umgang mit anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

weil

4. Charakterliche Veranlagungen und altersbedingte Veränderungen, die besonders zu beachten sind:

5. Sonstige Hinweise, Vorschläge für weitere Maßnahmen (z.B. Deltarad, DK, Stromsonde, Prothese)

Eine Besserung ist bei folgenden Leiden möglich:

6. Die Aufnahme in ein Alten-u. Pflegeheim ist erforderlich wegen einer **nicht nur vorübergehenden**

körperlichen

seelischen

geistigen Behinderung

Anfallskrankheit

Suchtkrankheit

Geisteskrankheit

Häusliche Versorgung durch Angehörige, Dritte oder eine Sozialstation reicht nicht aus, weil

7. Die Angaben beruhen auf der Untersuchung vom _____

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes