

Stempel/ Anschrift Arzt bzw. Krankenhaus



**Altenhilfezentrum
Lothar-Kreyssig Haus**
Klosterkirchplatz 6, 14797 Kloster Lehnin
Tel. / Fax: 03382 – 768 404/ - 768 401

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in Pflegeeinrichtung

1. Angaben zur Person						Geburtsdatum			
Vor- und Zuname, Geburtsname									
2. Patient/in benötigt Hilfen	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
A. im Bereich Mobilität					B. bei der Körperreinigung und Pflege				
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen, Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasieren	<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"/>	Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. bei den Mahlzeiten					Seh- schränkung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Essen /Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hör- einschränkung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. Angaben des Arztes zur Situation									
A. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
- persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
D. Liegt Inkontinenz vor?					E. Patient/in neigt zum Weglaufen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
F. Gemütsstimmung/ seelische Verfassung									
4. Diagnose des Arztes zu Krankheiten/Behinderungen									
A. Körperliche Behinderungen					B. Suchtkrankheit				
Rollstuhlfahrer?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>					
psychische Störungen									

D ansteckende Krankheiten	(nach IFSG § 44 oder MRSA, ESBL, VRE, HIV, Hepatitis A,B,C usw.) Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , Welche?		
5. Diagnose			
6. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?			
7. Ist Diät / Schonkost erforderlich (wenn ja, Art)?			
8. Impfung Covid 19 Covid 19 Erkrankung	Datum 1. Impfung: Impfstoff: Ja <input type="checkbox"/> Wann:	Datum 2. Impfung: Impfstoff: Nein <input type="checkbox"/>	Datum 3. Impfung: Impfstoff: keine Impfung <input type="checkbox"/>
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der unter 1. genannten Person			
Ort	Stempel und Unterschrift des Arztes		
Datum			