

Bezeichnung der Einrichtung/Stempel

Eingangsvermerk

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

anlässlich der Anmeldung zur vollstationären Pflege

Herr/Frau

_____ (Vor- und Zuname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Anschrift)

Vorsorgebevollmächtigter

ja

Betreuer

ja

Patientenverfügung

ja

nein

unbekannt

Benötigt der Patient/die Patientin Hilfen beim

Gehen

ja

zeitweise

nein

Treppensteigen

ja

zeitweise

nein

Waschen oder Baden

ja

zeitweise

nein

Frisieren oder Rasieren

ja

zeitweise

nein

An- und Ausziehen

ja

zeitweise

nein

Essen und Trinken

ja

zeitweise

nein

Benutzen der Toilette

ja

zeitweise

nein

Aufstehen aus dem Bett

ja

zeitweise

nein

Ist der Patient/die Patientin

zeitlich orientiert

ja

zeitweise

nein

örtlich orientiert

ja

zeitweise

nein

persönlich orientiert

ja

zeitweise

nein

situativ orientiert

ja

zeitweise

nein

völlig bettlägerig

ja

zeitweise

nein

nachts ruhig

ja

zeitweise

nein

Hilfen zur Teilnahme am

ja

zeitweise

nein

Gemeinschaftsleben notwendig?

Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz

ja

zeitweise

nein

Harninkontinenz

ja

zeitweise

nein

Sonstige Angaben

Körpermaße (Gewicht, Größe)

_____ kg

_____ cm

_____ BMI

eingeschränktes Hörvermögen

ja

zeitweise

nein

eingeschränktes Sehvermögen

ja

zeitweise

nein

Hilfsmittel/Körperersatzstücke

ja

welche? _____

_____ keine

Diät/Sonderkost erforderlich? ja welche? _____
 nein
 Schluckstörung _____
 Sondenkost _____

Dekubitus ja am: _____
Größe/Art: _____
 nein

Bestehen ansteckende Krankheiten? ja welche? _____
(z.B. MRSA, TBC, etc.)
 nein
 unbekannt

Vorhandene Impfungen gegen Td Pneumokokken Poliomyelitis Influenza

Besteht eine Suchtkrankheit? ja welche? _____
 nein

Liegen psychische Störungen vor? ja welche? _____
 nein

Wie ist die Gemütsstimmung?

Diagnosen

Welche Medikamente werden verabreicht? (Medikation)

Hinweise, Bemerkungen des Arztes

Unmittelbarer Anlass für den Bedarf an vollstationärer Pflege?

Facharztmitbehandlung

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes