

Aktueller ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

– nicht älter als 14 Tage

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

2. Körperliche Behinderung – Art –

3. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art –

4. Diagnosen

6. Mobilität

z. Zt. bettlägerig

ja

nein

selbstständig

Anleitung
Hilfestellung

ständig auf Hilfe
angewiesen

Aufstehen aus liegender Position

Aufstehen aus sitzender Position

zu Bett gehen

körpergerechte Lagerung

An-/Auskleiden

Gehen

Gehen mit Hilfsmitteln

Treppensteigen

An- und Ablegen von Prothesen

Transfer (z.B. Bett -> Nachtstuhl)

Eingegangen:

5. Besondere Hinweise

insulin-/tablettenpflichtiger
Diabetes mellitus

Antiepileptikatherapie

Antikoagulationstherapie

Allergien:

Implantate:

Schmerzbehandlung:

Kontraktur

Lokalisation:

Dekubitus

Lokalisation:

Grad/Stadium:

Lähmung

Lokalisation:

7. Körperpflege

	selbstständig	Anleitung Hilfestellung	ständig auf Hilfe angewiesen
Ganzkörperpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

8. Ernährung

	selbstständig	Anleitung Hilfestellung	ständig auf Hilfe angewiesen
mundgerechte Zubereitung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
besondere Kostform	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
wenn ja, welche: _____			
Sonderernährung	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
PEG	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	

9. Ausscheidungen

Beherrschung des Stuhlabganges	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Beherrschung des Urinabganges	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Blasenverweilkatheter	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Charrière: _____		
Suprapubischer Blasenkatheeter	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Stoma	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Inkontinenzartikel	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein

10. Kommunikation

keine Einschränkung	
eingeschränktes Sehvermögen	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____
eingeschränktes Hörvermögen	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____
eingeschränktes Sprachvermögen	<input checked="" type="checkbox"/>

11. Bewußtseinslage

Störungen in folgenden Bereichen:

nachts ruhig	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
psychomotorische Unruhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Selbst-/Fremdgefährdung	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Weglauftendenzen	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein

Erläuterungen: _____

Aktuelle Stimmungslage: _____

Orientierung:

zeitlich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> zeitweise
örtlich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> zeitweise
situativ	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> zeitweise
zur Person	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> zeitweise

12. Weitere Angaben

Sind freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlichlich (z. B. Bettgitter)? ja nein

wenn ja, welche: _____

Ist eine stationäre Rehamaßnahme geplant? ja nein

Besteht der Verdacht einer ansteckenden Krankheit (auch TBC)? ja nein

wenn ja, welche: _____

MRSA-Erreger ja nein

Alkohol- oder Medikamentenabusus? ja nein

Raucher ja nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes