



Eingangsvermerk des Heims

# Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Bitte alle Fragen vollständig beantworten!

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

1. Vor- und Zuname

2. Geboren am:

3. benötigt der/die Patient/in

Hilfe beim	Nein	Unterstützend	Teilweise	Vollständig
Gehen	<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"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<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"/>

4. Ist der/die Patient/in	Ja	Nein	Gelegentlich
zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Treten nachts Unruhezustände auf? Ja  Nein  Gelegentlich

6. Ist der/ die Patient/in bettlägerig? Ja  Nein  Gelegentlich

7. Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz  Harninkontinenz   
Dauerkatheter  Stoma

8. Wie ist die seelische Verfassung/ Gemütsstimmung

9. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn Ja, welche)?

10. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn Ja, welche)?

Lähmung  Kontraktionen  Prothesen

## 11. Liegen psychische Störungen vor (wenn Ja, welcher Art)?

### Besondere Auffälligkeiten:

- Eigengefährdung     Fremdgefährdung     Sturzrisiko     Hinlauftendenz  
 Alkoholabusus     Raucher     Medikamentenabusus
- 

## 12. Diagnosen:

---

## 13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

## 14. Ist Diät/Schonkost erforderlich, wenn Ja welcher Art?

- Diabetiker?     ja     nein    Insulinpflichtig?     ja     nein
- 

## 15. Hat der Patient ansteckende Krankheiten?    Ja    Nein

- wenn ja, welche?     Hepatitis     TBC     HIV     Skabies  
 MRSA     EHEC     ESBL  
 3 MRGN     4 MRGN     sonstige:
- 

## 16. Liegt ein Dekubitus vor oder hat der Patient andere Wunden?    Ja    Nein

Wenn ja, welche und wo?

- Pflegeerschwerende Faktoren:     PEG     Tracheostoma     Beatmung  
 Anus praeter     DK     O2-Gabe     sonstiges
- 

## 16. Welche aktuellen Hilfsmittel benutzt der Patient?

- Rollstuhl     Rollator     Gehhilfen     Toilettenstuhl  
 Zahnprothesen     Brille     Hörgeräte     sonstige:
- 

Dieser Fragebogen beruht auf einer persönlichen  
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes