

Altenpflegeheim „Johann Hinrich Wichern“

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

<b>1. Vor- und Zuname</b>					
<b>2. Geburtsdatum</b>					
<b>3. Benötigt der / die Patient /in Hilfe beim :</b>					
Gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Essen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Waschen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
<b>4. Ist der / die Patient /in :</b>					
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
<b>5. Treten nachts Unruhezustände auf?</b>					
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
<b>6. Ist der / die Patient /in bettlägerig?</b>					
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
<b>7. Liegt Inkontinenz vor?</b>					
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
Dauerkatheder	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
<b>8. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ?</b>					
<b>9. Besteht eine SuchtKrankheit (wenn ja, welche)?</b>					
<b>10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?</b>					
<b>11. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?</b>					
<b>12. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen)</b>					

<b>13. Diagnose nach ICD - 10</b>			
<b>13 a. Künstliche Ernährung ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> PEG - Sonde <input type="checkbox"/> Nasensonde
<b>13 b. Pflegegrad</b> (wurde eine Einstufung vorgenommen?)	<input type="checkbox"/> Ja in Stufe: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Nein                      (beachte 13 c)		
<b>13 c. Wurde ein Antrag auf Einstufung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja                                      am:                                      Bei Pflegekasse: <input type="checkbox"/> Nein		
<b>14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</b>			
<b>15. Ist Diät / Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)</b>			
<b>16. Tetanusimpfung</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Letzte Impfung:
<b>16. Hinweise, Bemerkungen</b>			
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes		
Ort:			
Datum:			