

Altenpflegeheim „Johann Hinrich Wichern“

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname					
2. Geburtsdatum					
3. Benötigt der / die Patient /in Hilfe beim :					
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	
4. Ist der / die Patient /in :					
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	
5. Treten nachts Unruhezustände auf?					
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
6. Ist der / die Patient /in bettlägerig?					
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd	
7. Liegt Inkontinenz vor?					
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			
8. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ?					
9. Besteht eine SuchtKrankheit (wenn ja, welche)?					
10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?					
11. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?					
12. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen)					

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