


| | | | | | |
|-------------------|-------------------|------------------------|---|--|--|
| Pflege | | | Qualitätsmanagement Handbuch | |  |
| Teil: D | Nr.: 20 | Gültig ab: 06/2021 | Dokumentenart: Allgemein | | |
| Seite 1 von 2 | | Gültig bis: 06/2023 | Titel: Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme | | |

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____

Pflegegrad: _____

Versicherungsnummer: _____

Patient benötigt Unterstützung beim:

| | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsaufnahme | <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"/> |
| An- und Ausziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen / Zu Bett gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausscheidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Patient benötigt Unterstützung bei der Orientierung:


| | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| persönlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikationsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weglaufgefahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Nein | Ja | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welches: _____ |
| Sondenkost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Lebensmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Dekubitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ort und Grad: _____ |
| Sonstige Wunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche und Ort: _____ |
| Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welchen: _____ |
| Stoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welches: _____ |

Größe: _____

Gewicht: _____

| | | | | | |
|-----------------|---------------|----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| Version: 1.0 | Revision 0 | Stand: 18.06.2019 | Erstellt: Weininger | Geprüft: Weininger | Freigegeben: Weiß |
|-----------------|---------------|----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|

| | | | | | |
|-------------------|-------------------|------------------------|---|--|--|
| Pflege | | | Qualitätsmanagement Handbuch | |  |
| Teil: D | Nr.: 20 | Gültig ab: 06/2021 | Dokumentenart: Allgemein | | |
| Seite 2 von 2 | | Gültig bis: 06/2023 | Titel: Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme | | |

Psychische Situation:

| | Nein | Ja | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ängstlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Depressiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wahnvorstellungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Halluzinationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Suchtkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
| Ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche und Ort: _____ |
| | | | Letzter Abstrich am: _____ |
| Corona-Schutzimpfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wann: _____ |

Diagnosen:

Medikation:

Hinweise / Bemerkungen / Besonderheiten:

Werden vom Arzt zukünftig Hausbesuche in der Einrichtung durchgeführt? ja nein

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Stempel und Unterschrift des Arztes

| | | | | | |
|-----------------|---------------|----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| Version: 1.0 | Revision 0 | Stand: 18.06.2019 | Erstellt: Weininger | Geprüft: Weininger | Freigegeben: Weiß |
|-----------------|---------------|----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|