


Pflege			Qualitätsmanagement Handbuch		
Teil: D	Nr.: 20	Gültig ab: 11/20222	Dokumentenart: Allgemein		
Seite 1 von 2		Gültig bis: 11/2025	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: 1.1	Revision 1	Stand: 12.2022	Erstellt: Weininger	Geprüft: Weininger	Freigegeben: Weiß
-----------------	---------------	-------------------	------------------------	-----------------------	----------------------

Pflege			Qualitätsmanagement Handbuch		
Teil: D	Nr.: 20	Gültig ab: 11/2022	Dokumentenart: Allgemein		
Seite 2 von 2		Gültig bis: 11/2025	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 (inkl. §36 Abs. 4 IfSG TBC)	<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: 1.1	Revision 1	Stand: 12.2022	Erstellt: Weininger	Geprüft: Weininger	Freigegeben: Weiß
-----------------	---------------	-------------------	------------------------	-----------------------	----------------------