

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN ZUR HEIMAUFNAHME

Bitte vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen und ggf. im verschlossenen Umschlag übergeben.

VOR- UND ZUNAME				
GEBURTS DATUM				
BESTEHENDE DIAGNOSEN				
FREI VON ANSTECKENDEN KRANKHEITEN? ☐ JA ☐ NEIN, DIAGNOSE:				
HILFEBEDARF	BETTLÄGERIG?	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	IMMOBIL?	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM GEHEN	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM TREPPENSTEIGEN	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM ESSEN	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM WASCHEN	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM AN- / AUSKLEIDEN	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM FRISIEREN / RASIEREN	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM AUFSTEHEN	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM TOILETTENGANG	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
KONTINENZ	HARNINKONTINENZ	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	STUHLINKONTINENZ	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
ERNÄHRUNG	ERNÄHRUNGSZUSTAND	☐ ANGEMESSEN	☐ KACHEKTISCH	☐ ADIPÖS
	DIÄT ERFPORDERLICH?	☐ NEIN	☐ JA, UND ZWAR:	
PFLEGERELEVANTE RISIKOFAKTOREN				
	☐ PEG	☐ DK / PUFI		
	☐ TRACHEOSTOMA	☐ WACHKOMA		
	☐ KONTRAKTUREN	☐ MRSA / ORSA		
	☐ FLÜSSIGKEITSDEFIZIT	☐ ERNÄHRUNGSDEFIZIT		
	☐ SCHLUCKSTÖRUNGEN	☐ DIABETES MELLITUS		
	☐ DEKUBITUS GEFAHR	☐ DEKUBITUS GRAD		
	☐ WUNDEN	☐ STURZGEFAHR		
	☐ SONSTIGE			
HILFSMITTEL	ROLLSTUHL VORHANDEN	☐ JA	☐ NEIN	☐ NICHT NÖTIG
	ROLLATOR VORHANDEN	☐ JA	☐ NEIN	☐ NICHT NÖTIG
	BENÖTIGT WIRD:			

ORIENTIERT?	PERSÖNLICH	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	ZEITLICH	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	ÖRTLICH	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	SITUATIV	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	NACHTAKTIV	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL

VERHALTEN	FREMDGEFÄHRDUNG	☐ NEIN	☐ WENN JA, WELCHE
	SELBSTGEFÄHRDUNG	☐ NEIN	☐ WENN JA, IN WIE FERN?
	BESTEHT EINE SUCHTERKRANKUNG	☐ NEIN	☐ WENN JA, IN WIE FERN?
	BESTEHT WEGLAUFTENDENZ?	☐ JA	☐ NEIN ☐ MANCHMAL
	IST DER PATIENT KOOPERATIONSBEREIT?	☐ JA	☐ NEIN ☐ MANCHMAL

STIMMUNG

LETZTE MEDIKATION	MEDIKAMENT	MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT

WARUM WIRD EINE STATIONÄRE PFLEGE FÜR NOTWENDIG ERACHTET

HINWEISE / BEMERKUNGEN

STEMPEL

UNTERSCHRIFT ARZT

DATUM