

**Ärztlicher Fragebogen (vom Arzt auszufüllen)**

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Die Anmeldung ist nur mit der Anmeldung zur Aufnahme vollständig. Bitte reichen Sie ggf. zusätzlich zu diesem Formular einen aktuellen Pflegeüberleitbogen der ambulanten Pflege/ Klinik ein. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtstag</b>			
<b>Größe</b>		<b>Gewicht</b>	
<b>Liegt eine palliative Situation vor</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> noch unklar
<b>Diagnosen</b>			
<b>Liegen weitere Diagnosen/ Symptome vor</b>			
<b>Dementielle Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Weitere psychische Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Suchterkrankung (z.B. Rauchen, Alkohol etc.)</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Ansteckende Krankheiten</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer <b>ansteckungsfähigen Lungentuberkulose</b> vorhanden? <sup>1</sup>			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Multiresistente Keime</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/wo		
<b>Dekubitus</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, wo		Grad
<b>Wunden</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
<b>Kontrakturen</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
<b>Allergie/ Unverträglichkeiten</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Körperliche Behinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
<b>Hörbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	<b>Sehbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer
<b>Sprachbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	<b>Schluckstörungen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer
<b>Behandlungspflege</b> z.B. Medikation, Injektion, Verbandswechsel, Kompressionsstrümpfe/- verband	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche?		
<b>Datum, Unterschrift und Telefonnummer des Arztes:</b>			

<sup>1</sup> Nach IfSG §35 (5)

**Welche Fähigkeiten hat die zu pflegende Person? (von pflegender Person auszufüllen)**

<b>Im Bereich Kognition</b>		Vorhanden	teilweise vorhanden	Nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung				
Örtliche Orientierung				
Orientierung zur Person				
Sich Erinnern				

  

<b>Besondere Verhaltensauffälligkeiten</b>		nein	gelegentlich	täglich
Abwehrendes Verhalten				
Hin-/Weglaufftendenz				
Nächtliche Unruhe				
Unruhe/Ängste am Tag (z.B. Rufen)				

  

<b>Im Bereich Mobilität</b>		Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unselbstständig
Drehen im Bett				
Stabiles freies Sitzen				
Umsetzen (von Bett auf Stuhl)				
Fortbewegen auf der Ebene				

  

<b>Im Bereich Selbstversorgung</b>		Selbstständig	Teils selbstständig	Unselbstständig
Körperpflege				
Aufnahme der Nahrung				
Mundgerechte Zubereitung				
Trinken				
Ernährung parenteral (PEG/PEJ)				
Benutzen einer Toilette				

  

Besonderheiten bei der Ernährung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche		
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	Bewältigung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Stoma	<input type="checkbox"/> ja	Umgang	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	Bewältigung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Dauerkatheter/Urostoma	<input type="checkbox"/> ja	Umgang	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Werden Hilfsmittel benötigt z.B. Rollator, Rollstuhl, Weichlagerungsmatratze, Sauerstoffgerät, Schlafmaske etc.	<input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> ja, welche?			
		Bereits verordnet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Bereits vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

  

<b>Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen</b>	
Werden Bettseitenteile angewandt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann
Werden Gurte angewandt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann:
Notwendigkeit der Unterbringung auf einem Demenzwohnbereich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ärztliche Einschätzung liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Richterliche Genehmigung für die oben bejahten Maßnahmen liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Die zu pflegende Person ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden <input type="checkbox"/> Verständigung nicht möglich
Ausgefüllt von:	