

Ärztlicher Fragebogen (Dauer-, Kurzzeit-/Verhinderungspflege)

Aufnahme geplant ambis

Bitte vom Hausarzt oder vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.

Name :.....Geburtsname:.....

Vorname(n) :.....Geburtsdatum:.....

Diagnosen :.....

Bescheinigung gemäß § 6 und § 7 IfSG:
 Der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten im Sinne des IfSG.
 Krankheitserreger nach § 7 IfSG (auch MRSA) sind bei dem Patienten nicht nachgewiesen worden. Der Patient kann ohne Bedenken in die Einrichtung aufgenommen werden.
 Ja Nein, aufgrund von

Pflegebedürftig nach SGB XI: Ja Nein Unklar

➤ Fragen zum Allgemeinzustand

Liegen Behinderungen oder Störungen im geistig-seelischen Bereich
 (auch Suchterkrankungen) vor?

.....

Liegen Behinderungen oder Einschränkungen im körperlichen Bereich vor?

.....

Besteht Fremd- und/oder Eigengefährdung (Aggressivität/Suizidalität)?

.....

Derzeitige Medikation: bitte Plan beilegen

.....

Stimmung : freundlich ängstlich unruhig / getrieben
 niedergeschlagen / traurig

Orientierung :

Zeitlich orientiert	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Örtlich orientiert	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Situativ orientiert	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zur Person orientiert	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht nächtliche Unruhe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Ernährung

Diät/Schonkost:.....

Hautdefekte (Dekubitus, Ulcus o.ä.) Ja Nein

Sind **Weglauftendenzen** bekannt? Ja Nein

➤ **Fragen zur Pflegebedürftigkeit**

Stuhlinkontinent	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Harninkontinent	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gehfähig	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Treppensteigen möglich	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bettlägerig	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Notwendige Hilfestellungen beim

Aufstehen und zu Bett gehen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
An- und Auskleiden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Waschen, Frisieren, Rasieren, Baden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gang zur Toilette	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Essen / Trinken	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:.....

.....

.....

.....,
Ort

den
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes