



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

Anamnese/Diagnose/derzeitige Therapie: _____

Befund

| | | geschätzt | | gemessen |
|---------|---------|--------------------------|--|--------------------------|
| Größe | _____cm | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Gewicht | _____kg | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

| | o. B. | Funktionsstörungen | welche |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Atmungsorgane und Luftwege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzkreislauf- und Gefäßsystem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Verdauungsorgane und -wege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Urogenitalsystem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bewegungsapparat und Muskulatur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Psyche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergien | _____ | | |
| Sonstiges | _____ | | |

Hilfsmittel:

versorgt mit:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rollfahrstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator/Gehilfe |
| <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Prothese: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Körperliche Einschränkungen:

| | funktionsfähig teilweise/nicht | Amputation | Versteifung | Lähmung | Deformierung |
|-------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Arme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Füße | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <hr/> | | | | |

| Inkontinenz | vorübergehend | dauernd | ja | nein |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stomaträger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Geisteszustand

- örtlich desorientiert
- zeitlich desorientiert
- bewußtseinsgetrübt
- unruhig
- psychotisch
- selbstgefährdend
- fremdgefährdend

Anfallsleiden

- Anfälle**
- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich

Empfindungsstörungen

| Sehvermögen | Hörvermögen | Sprech- und Sprachvermögen |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| blind <input type="checkbox"/> | taub <input type="checkbox"/> | Aphasie motorisch <input type="checkbox"/> sonst. Störungen <hr/> |
| fast blind <input type="checkbox"/> | fast taub <input type="checkbox"/> | sensibel <input type="checkbox"/> Schweregrad: <hr/> |

Pflegebedarf

| Hilfen erforderlich bei: | gelegentlich | häufig | ständig |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aufstehen und Zubettgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umlagern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen/Stehen/Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungszubereitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anlegen/Gebrauch von Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauswirtschaftliche Versorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen/Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zähneputzen/Kämmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenbenutzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verabfolgung von Medikamenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blasen- und Darmentleerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Häusliche-, Pflege- und Versorgungssituation (soziales Umfeld):

| | ja | nein | nicht immer |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ist Patient häufig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ständig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefährliche Eigenschaften? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Suchtkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welcher Art: _____ |

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

Prognose

Verringerung des Hilfsbedarfs ist möglich bei:

| | | | |
|---|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Besserung durch weiteren Heilverlauf | <input type="checkbox"/> | Hilfsmittelversorgung | <input type="checkbox"/> |
| Aktivierung u. Anpassung von Restfunktionen | <input type="checkbox"/> | Welche? | |
| | | _____ | |
| therapeutische Maßnahmen | <input type="checkbox"/> | Anpassung der örtl. Verhältnisse | <input type="checkbox"/> |
| Welche? | | Welche? | |
| _____ | | _____ | |
| Reha-Maßnahmen | <input type="checkbox"/> | | |
| Welche? | | | |
| _____ | | | |

Ärztliche Beurteilung:

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor ja nein

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes