



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

Gewicht _____kg

o. B.

Funktionsstörungen

welche

Atmungsorgane und Luftwege _____

Herzkreislauf- und Gefäßsystem _____

Verdauungsorgane und -wege _____

Urogenitalsystem _____

Bewegungsapparat und Muskulatur _____

Psyche _____

Haut _____

Allergien _____

Sonstiges _____

Hilfsmittel:

versorgt mit:

Rollstuhl

Rollator/Gehilfe

Nachtstuhl

Prothese: _____

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	_____				

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> örtlich desorientiert | <input type="checkbox"/> unruhig |
| <input type="checkbox"/> zeitlich desorientiert | <input type="checkbox"/> psychotisch |
| <input type="checkbox"/> bewußtseinsgetrübt | <input type="checkbox"/> selbstgefährdend |
| | <input type="checkbox"/> fremdgefährdend |

Anfallsleiden

- Anfälle**
- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglich |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> monatlich |

Empfindungsstörungen _____

Sehvermögen

- blind
- fast blind

Hörvermögen

- taub
- fast taub

Sprech- und Sprachvermögen

- Aphasie motorisch sonst. Störungen _____
- sensibel Schweregrad: _____

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: _____

COVID-19 Infektion ja nein

COVID-19 Impfung ja nein wird gewünscht

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
Welche? _____

Ärztliche Beurteilung:

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor ja nein

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes