

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

☐ Gehhilfe

☐ Nachtstuhl

☐ Prothese: _____

☐ Sonstiges: _____

Körperliche Einschränkungen:

	funktionsfähig teilweise/nicht	Amputation	Versteifung	Lähmung	Deformierung
Arme	☐	☐	☐	☐	☐
Hände	☐	☐	☐	☐	☐
Beine	☐	☐	☐	☐	☐
Füße	☐	☐	☐	☐	☐
Wirbelsäule	☐	☐	☐	☐	☐

Sonstiges _____

Inkontinenz	vorübergehend	dauernd	ja	nein
Blase	☐	☐	☐	☐
Darm	☐	☐	☐	☐
Stomaträger	☐	☐	☐	☐

Orientierung

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ örtlich | ☐ unruhig |
| ☐ zeitlich | ☐ psychotisch |
| ☐ situativ | ☐ selbstgefährdend |
| ☐ zur Person | ☐ fremdgefährdend |

Empfindungsstörungen _____

Sehvermögen	Hörvermögen	Sprech- und Sprachvermögen
blind ☐	taub ☐	Aphasie motorisch ☐ sonst. Störungen _____
fast blind ☐	fast taub ☐	sensibel ☐ Schweregrad: _____

Hilfsmittel: _____

Pflegebedarf

Hilfen erforderlich bei:	gelegentlich	häufig	ständig
Aufstehen und Zubettgehen	☐	☐	☐
Umlagern	☐	☐	☐
Gehen/Stehen/Treppensteigen	☐	☐	☐
Nahrungszubereitung	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐
Anlegen/Gebrauch von Hilfsmitteln	☐	☐	☐
Hauswirtschaftliche Versorgung	☐	☐	☐
Waschen/Duschen/Baden	☐	☐	☐
Zähneputzen/Kämmen	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐
Kommunikation	☐	☐	☐
Verabreichung von Medikamenten	☐	☐	☐
Blasen- und Darmentleerung	☐	☐	☐

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

Grund des Heimeinzugs?: _____

	ja	nein	nicht immer
Ist Patient häufig bettlägerig?	☐	☐	
Ständig bettlägerig?	☐	☐	
Nachts ruhig?	☐	☐	☐
Gefährliche Eigenschaften?	☐	☐	
Suchtkrankheit?	☐	☐	Welcher Art: _____

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

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

COVID-19 Infektion ja nein Wenn ja, wann?: _____
☐ ☐

COVID-19 Impfung ja nein wird gewünscht Wenn ja, wann?: _____
☐ ☐ ☐

Prognose

Verringerung des Hilfsbedarfs ist möglich bei:

Besserung durch weiteren Heilverlauf ☐ Hilfsmittelversorgung ☐
Aktivierung u. Anpassung von Restfunktionen ☐ Welche? _____

therapeutische Maßnahmen ☐ Anpassung der örtl. Verhältnisse ☐
Welche? _____ Welche? _____

Reha-Maßnahmen ☐
Welche? _____

Ärztliche Beurteilung:

Liegt ein Pflegegrad vor ja ☐ Grad: _____ ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Ihre Betroffenenrechte sowie sonstige Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO finden Sie unter <https://www.awo-neustadt.de/informationspflicht/>