

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_ geborene \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Benötigt der/die Patientin  
Hilfe beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhe- zustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in Bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(wenn ja, in welcher Form)?	<input type="checkbox"/>	Stressink.	<input type="checkbox"/>	Drangink.	<input type="checkbox"/>	Reflexi	<input type="checkbox"/>	Überlaufi	<input type="checkbox"/>

Wie ist die Gemütsstimmung  
(die seelische Verfassung)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht eine Suchtkrankheit  
(wenn ja, welche)?  
\_\_\_\_\_

Besteht körperliche Behinderung  
(wenn ja, welcher Art)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liegen psychische Störungen  
vor (wenn ja, welcher Art)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestehen ansteckende  
Krankheiten, wie z.b. TBC?  
(bitte genau bezeichnen); Liegt  
ein ärztliches Zeugnis nach §36  
Abs.4 Infektionsschutzgesetz  
vor (ja/nein)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liegen Informationen zu  
Schmerzen vor?  
(Schmerzlokalisierung,  
Schmerzdiagnose)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnose  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente müssen  
verabreicht werden?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liegen Informationen zur MSRA  
vor?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist Diät/Schonkost erforderlich  
(wenn ja, welcher Art?)

---

---

---

Hinweise, Bemerkungen

---

---

---

	Ja	Nein
Besteht eine Hin-/ bzw. Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Betreuung Beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Betreuung bereits eingerichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Freiheitsentziehende Maßnahmen einschließlich der Verabreichung von Psychopharmaka notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<hr/>	
Liegt ein richterlicher Beschluß vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht ein Dekubitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Lokalisation/ Größe/ Grad:	<hr/>	

Begründung der Heimpflegebedürftigkeit ( Bitte mindestens eine Möglichkeit ankreuzen ! )

Ich erkläre, daß bei meinem Patienten/ meiner Patientin Heimpflegebedürftigkeit besteht, weil eine Pflegeperson fehlt

die Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen fehlt

eine Überforderung der Pflegepersonen droht oder bereits eingetreten ist

die Verwahrlosung droht oder bereits eingetreten ist

eine Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist

die räumlichen Gegebenheiten der Wohnung keine häusliche Pflege ermöglichen