

Stempel/ Anschrift Arzt bzw. Krankenhaus

**Altenpflegeeinrichtung
Haus Horeb**
Lichterfelder Allee 45, 14513 Teltow
Tel. / Fax: 03328 – 433 234/ - 433 260
E-Mail: alexander.pillau@diakonissenhaus.de

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in Pflegeeinrichtung

1. Angaben zur Person Vor- und Zuname, Geburtsname						Geburtsdatum			
2. Patient/in benötigt Hilfen	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
A. im Bereich Mobilität					B. bei der Körperreinigung und Pflege				
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen, Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. bei den Mahlzeiten					Seheinschränkung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Essen /Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörschränkung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3 Angaben des Arztes zur Situation					B. Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	<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"/>	C. Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<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"/>					
- situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
D Liegt Inkontinenz vor?					E. Patient/in neigt zur Hin-/ Weglauftendenz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
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"/>					
F. Gemütsstimmung/ seelische Verfassung									
4 Diagnose des Arztes zu Krankheiten/Behinderungen									
A Körperliche Behinderungen					B. Suchtkrankheit				
Rollstuhlfahrer?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>					
psychische Störungen									

D ansteckende Krankheiten	(nach IFSG § 44 oder MRSA, ESBL, VRE, HIV, Hepatitis A,B,C usw.) Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , Welche?
---------------------------	--

5. Diagnose		Körperangaben: <u>Größe:</u> <u>Gewicht:</u> <u>Wunden nein/ ja – wo:</u>
--------------------	--	---

6. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
---	--

7. Ist Diät / Schonkost erforderlich (wenn ja, Art)?	
---	--

8. Impfung gegen Covid 19	Anzahl der Impfungen:	Datum der letzten Impfung:
Covid 19 Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Wann:	keine Impfung <input type="checkbox"/>

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der unter 1. genannten Person		Stempel und Unterschrift des Arztes
Ort		
Datum		