

**Altenhilfezentrum
Lothar-Kreyssig Haus**
Klosterkirchplatz 6, 14797 Kloster Lehnin
Tel. / Fax: 03382 - 768 404 - 768 401

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in Pflegeeinrichtung

1. Angaben zur Person Vor- und Zuname, Geburtsname				Geburtsdatum			
2. Patient/in benötigt Hilfen							
A. im Bereich Mobilität Aufstehen und Zubettgehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Treppensteigen <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/>				B. bei der Körperreinigung und Pflege Waschen, Baden, Duschen <input type="checkbox"/> Mund- und Zahnpflege <input type="checkbox"/> Haarpflege <input type="checkbox"/> Rasieren <input type="checkbox"/> Benutzung der Toilette <input type="checkbox"/>			
C. bei den Mahlzeiten Essen /Trinken <input type="checkbox"/> Mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/>				Seh einschränkung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hör einschränkung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
3 Angaben des Arztes zur Situation A Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert? <input type="checkbox"/> - örtlich desorientiert? <input type="checkbox"/> - persönlich desorientiert? <input type="checkbox"/> - situativ desorientiert? <input type="checkbox"/>				B. Treten nachts Unruhezustände auf? <input type="checkbox"/> C. Ist der/die Patient/in bettlägerig? <input type="checkbox"/> D. Liegt Inkontinenz vor? - Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> - Harninkontinenz <input type="checkbox"/>			
F. Gemütsstimmung/ seelische Verfassung				E. Patient/in neigt zur Hin-/ Weglauftendenz Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
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				(nach IFSG § 44 oder MRSA, ESBL, VRE, HIV, Hepatitis A,B,C usw.)			

Krankheiten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , Welche?	
5. Diagnose		Körperangaben: Größe: Gewicht: Wunden nein/ ja – wo:
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		
Ort	Stempel und Unterschrift des Arztes	
Datum		