

Stempel/ Anschrift Arzt bzw. Krankenhaus



**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

<b>1. Angaben zur Person</b>						Geburtsdatum			
Vor- und Zuname, Geburtsname									
<b>2. Patient/in benötigt Hilfen</b>	<b>Nein</b>	<b>Gelegentlich</b>	<b>Häufig</b>	<b>Dauernd</b>	<b>Nein</b>	<b>Gelegentlich</b>	<b>Häufig</b>	<b>Dauernd</b>	
<b>A. im Bereich Mobilität</b>					<b>B. bei der Körperreinigung und Pflege</b>				
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"/>
<b>C. bei den Mahlzeiten</b>					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"/>					
<b>3 Angaben des Arztes zur Situation</b>					<b>B. Treten nachts Unruhezustände auf?</b>	<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"/>	<b>C. Ist der/die Patient/in bettlägerig?</b>	<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"/>	<b>E. Patient/in neigt zur Hin-/ Weglauftendenz</b>	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/>
D Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>F. Gemütsstimmung/ seelische Verfassung</b>									
<b>4 Diagnose des Arztes zu Krankheiten/Behinderungen</b>									
A Körperliche Behinderungen					B. Suchtkrankheit				
Rollstuhlfahrer?	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b>	<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?
-------------	--

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

<b>6. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</b>	
---	--

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

<b>8. Impfung gegen Covid 19</b>	Anzahl der Impfungen:	Datum der letzten Impfung:
<b>Covid 19 Erkrankung</b>	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		