



**Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme/Kurzzeitpflege**

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| Name, Vorname des Patienten  |   |  | Geburtsdatum:   |   |
| Impfstatus<br>(bitte mit Datum der letzten Impfung angeben)                              | Tetanus   |  | Diphtherie  |   |
|  | Keuchhusten   |  | Polio   |   |
| Gefähigkeit vorhanden?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> gelegentlich                                   |   |
| Stehfähigkeit vorhanden?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> gelegentlich                                   |   |
| Treppensteigen möglich?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> gelegentlich                                   |   |
| Bettlägerigkeit?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                    |   |   |
| Liegt Inkontinenz vor?   | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz  |  | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz                               |   |
| Selbstständige Toilettennutzung?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                    |   |   |
| Blasenverweilkatheter?   | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja                      | seit:   | <input type="checkbox"/> suprapubisch<br><input type="checkbox"/> transurethral |
| Notwendiger Hilfebedarf  | <input type="checkbox"/> bei der Grundpflege<br>(incl. Mundpflege, Rasur, Haarpflege) |  | <input type="checkbox"/> beim Toilettengang                             |   |
|  | <input type="checkbox"/> beim Bekleidungswechsel                                      |  | <input type="checkbox"/> beim Umgang mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen |   |
|  | <input type="checkbox"/> bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme                   |  | <input type="checkbox"/> bei Positionswechseln im Bett oder Stuhl       |   |
| Orientierungsdefizite?   | <input type="checkbox"/> örtlich  | <input type="checkbox"/> zeitlich                | <input type="checkbox"/> persönlich                                     | <input type="checkbox"/> situativ   |
| Liegt eine nächtliche Unruhe vor?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> gelegentlich                                   |   |
| Diagnosen  |   |  |   |   |
| Liegen Informationen zu Schmerzen vor?<br>(Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose)        |   |  |   |   |
| Ist der Patient <b>frei</b> von ansteckenden Krankheiten gem. §36 IfSG Abs. 4?           | <input type="checkbox"/> ja   |  | <input type="checkbox"/> nein (bitte zutreffende unten ankreuzen)       |   |
|  | <input type="checkbox"/> MRSA   |  | <input type="checkbox"/> Clostridium difficile                          |   |
|  | <input type="checkbox"/> ESBL/MRgn  |  | <input type="checkbox"/> TBC  |   |
|  | <input type="checkbox"/> VRE  |  | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                                |   |
| Sind Wunden vorhanden?   | <input type="checkbox"/> nein   |  | <input type="checkbox"/> ja (bitte zutreffende unten ankreuzen)         |   |
|  | <input type="checkbox"/> Dekubitus  | <input type="checkbox"/> Ulcus cruris venosum    | <input type="checkbox"/> diabet. Fußsyndrom                             |   |
|  | Kategorie: _____  | <input type="checkbox"/> Ulcus cruris arteriosum | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                                |   |
|  | Lokalisation: _____   | <input type="checkbox"/> Ulcus cruris mixtum     |   |   |
| Wundtherapie notwendig?  | <input type="checkbox"/> nein   |  | <input type="checkbox"/> Hausarzt                                       |   |
| <input type="checkbox"/> ja (bitte ankreuzen, wer für die Behandlung verantwortlich ist) |   |  | <input type="checkbox"/> Hautarzt                                       |   |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> Wundberater/in                                 |   |
|  |   |  | Firma: _____  |   |

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

**Hinweis:** Bitte einen **aktuellen Verordnungs- bzw. Behandlungsplan** beilegen.

|                 |            |                       |            |                 |              |                               |
|-----------------|------------|-----------------------|------------|-----------------|--------------|-------------------------------|
| Erstellt durch: | HL/PDL/QMB | Aktualisierung durch: | PDL/QMB    | Freigabe durch: | HL C. Proske | Seite 1 von 1                 |
| Erstellt am:    | 24.04.2018 | Aktualisierung am:    | 11.03.2019 | Version:        | 3            | ORG_Aufnahme_Arztl_Fragebogen |