



## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname des Patienten			Geburtsdatum:	
Gehfähigkeit 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 <input type="checkbox"/> transurethral
Notwendiger Hilfebedarf	<input type="checkbox"/> bei der Grundpflege <small>(incl. Mundpflege, Rasur, Haarpflege)</small>		<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	
Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (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"/> ja (bitte ankreuzen, wer für die Behandlung verantwortlich ist)		<input type="checkbox"/> Hausarzt <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:		Freigabe durch:	HL C. Proske	Seite 1 von 1
Erstellt am:	24.04.2018	Aktualisierung am:		Version:	1	ORG_Heimaufnahme_Arztl_Fragebogen.docx