

Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

an: Marienheim, Rollefstr.4, 52078 Aachen
Tel: 0241 - 413 610-12, Fax - 98

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Der / Die Patient/in benötigt Hilfe...

1. im Bereich Körperpflege

	nein	Aufsicht	Teilübernahme	Vollübern.		nein	Aufsicht	Teilübern.	Vollübern.
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. im Bereich Mobilität

Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (Bett)	<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"/>	An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. im Bereich Ernährung

Nahrung zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonde ?	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sondentyp:	_____
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nahrung:	_____

Diät/Schonkost erforderlich ? _____

Sonstiges

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenzbescheinigung ist/wird ausgestellt ? Ja Nein

Besonderheiten: _____

Orientierung

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 87b SGB XI liegt m.E. vor ja nein

Bewusstseinslage

klar getrübt bewusstlos verwirrt

Kommunikation

normal eingeschränkt durch: 1) Hören 2) Sprechen 3) Sehen 4)

Prophylaxen: _____

Gemütsstimmung/ _____

Seelische Verfassung _____

Suchtkrankheit ?

Körperliche Behinderungen ?

Psychische Erkrankungen ?

Ansteckende Krankheiten ?

DIAGNOSEN :

(bitte unbedingt ausfüllen)

Medikamenten-Verordnung:

Medikament

Verabreichung

Sonstige Hinweise /

Bemerkungen /

Pflegebesonderheiten

Dieses Ärztliche Gutachten beruht auf meiner persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Name des behandelnden Arztes

Ort: _____

Datum : _____

Stempel und Unterschrift des Arztes