

Stempel/ Anschrift Arzt bzw. Krankenhaus



**Haus Ruth**  
**Wilhelm-Kuhr-Str. 78, 13187 Berlin**  
**Tel./Fax: 030-49902012/ -49902099**

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in Pflegeeinrichtung

<b>1. Angaben zur Person</b> Vor- und Zuname, Geburtsname						Geburtsdatum			
<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 Körperpflege</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.</b>									
Essen /Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seheinschränkung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörschränkung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
<b>3. Angaben des Arztes zur Situation</b>									
<b>A.</b> Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>B.</b> Treten nachts Unruhezustände auf?	<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.</b> Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<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"/>		<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D.</b> Liegt Inkontinenz vor?					<b>E.</b> Patient/in neigt zur Hin-/ Weglauftendenz				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>F.</b> Gemütsstimmung/ seelische Verfassung									
<b>4. Diagnose des Arztes zu Krankheiten/Behinderungen</b>									
<b>A. Körperliche Behinderungen</b>					<b>B. Suchtkrankheit</b>				
Rollstuhlfahrer?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>					
psychische Störungen									

<b>D. ansteckende Krankheiten</b>	(nach IFSG § 44 oder MRSA, ESBL, VRE, HIV, Hepatitis A,B,C usw.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
<b>5. Diagnose</b>		<b>Körperangaben</b>  <u>Größe:</u> .....  <u>Gewicht:</u> .....  <u>Wunden nein/ ja – wo:</u> ..... .....
<b>6. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</b>		
<b>7. Ist Diät / Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?</b>		
<b>8. Impfung gegen Covid 19</b>  <b>Covid 19 Erkrankung</b>	Anzahl der Impfungen:  keine Impfung: <input type="checkbox"/>  Ja <input type="checkbox"/> Wann:	Datum der letzten Impfung:
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der unter 1. genannten Person		
Ort		Stempel und Unterschrift des Arztes
Datum		