

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

anlässlich der Anmeldung zur vollstationären Pflege bzw. zur Kurzzeitpflege

Herr/Frau

(Vor- und Zuname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

Benötigt der Patient/die Patientin Hilfen

A. Im Bereich Mobilität	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<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"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen & Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Bei der Körperpflege				
Waschen, Baden, Duschen	<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"/>
Mund- & Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Bei den Mahlzeiten				
Essen & Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient/die Patientin

A. zeitlich 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"/>
persönlich 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"/>
B. bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten nachts				
Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Neigt der Patient/die Patientin zu einer Hinlauftendenz?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

D. Wie ist die Gemütsstimmung/seelische Verfassung? _____

Liegt Inkontinenz vor?	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben

Körpermaße (Gewicht, Größe) _____ kg _____ cm _____ BMI

eingeschränktes Hörvermögen ja nein

eingeschränktes Sehvermögen ja nein

Diagnose des Arztes zu Krankheiten/Behinderungen

Diagnosen _____

Welche Medikamente werden verabreicht? _____

Liegen körperliche Behinderungen vor? ja, welche? _____

nein

Besteht eine Suchtkrankheit? ja, welche? _____

nein

Liegen psychische Störungen vor? ja, welche? _____

nein

Bestehen ansteckende Krankheiten? ja, welche? _____

(nach §44 IFSG oder z.B. MRSA, TBC, VRE etc.)

nein

Ist Diät/Sonderkost erforderlich? ja, welche? _____

nein

Schluckstörung _____

Sondenkost _____

Hat der Patient/die Patientin Wunden/Dekubitus? ja; wo? _____

Größe/Art: _____

nein

Vorhandene Impfungen gegen Covid 19? ja nein
Anzahl der Impfungen: _____

Datum der letzten Impfung: _____

War der Patient/die Patientin bereits an Covid 19 erkrankt? ja, wann?: _____
 nein

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der o.g. Person.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes