

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