

Aktueller ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

– nicht älter als 14 Tage

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen

Eingegangen:

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

2. Körperliche Behinderung – Art –

3. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art –

4. Diagnosen

6. Mobilität

z. Zt. bettlägerig	ja		nein	
	selbstständig	Anleitung	ständig auf Hilfe	ständig auf Hilfe
Aufstehen aus liegender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung	<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"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Hilfsmitteln	<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"/>
An- und Ablegen von Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer (z. B. Bett -> Nachtstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Besondere Hinweise

insulin-/tablettenpflichtiger Diabetes mellitus

Antiepileptikatherapie

Antikoagulationstherapie

Allergien:

Implantate:

Schmerzbehandlung:

Kontraktur

Lokalisation:

Dekubitus

Lokalisation:

Grad/Stadium:

Lähmung

Lokalisation:

7. Körperpflege

Ganzkörperpflege
Duschen/Baden
Frisieren/Rasieren
Mund-/Zahnpflege

selbstständig	Anleitung Hilfestellung	ständig auf Hilfe angewiesen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ernährung

mundgerechte Zubereitung
Nahrungsaufnahme
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme
besondere Kostform
wenn ja, welche: _____

selbstständig	Anleitung Hilfestellung	ständig auf Hilfe angewiesen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonderernährung
PEG

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

9. Ausscheidungen

Beherrschung des Stuhlabganges
Beherrschung des Urinabganges
Blasenverweilkatheter
Charrière: _____

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Suprapubischer Blasenkathe-
ter
Stoma
Inkontinenzartikel

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

10. Kommunikation

Keine Einschränkung
Eingeschränktes Sehvermögen
Eingeschränktes Hörvermögen
Eingeschränktes Sprachvermögen

<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel: _____
<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel: _____
<input type="checkbox"/>	

11. Bewußtseinslage

Störungen in folgenden Bereichen:

Nachts ruhig
psychomotorische Unruhe
Selbst-/Fremdgefährdung
Weglauftendenzen

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Orientierung:

zeitlich
örtlich
situativ
zur Person

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	zeitweise

Erläuterungen: _____

Aktuelle Stimmungslage: _____

12. Weitere Angaben

Sind freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich (z. B. Bettgitter)? Ja Nein

wenn ja, welche:

Ist eine stationäre Rehamassnahme geplant? Ja Nein

Sind ansteckende Krankheiten bekannt? (auch TBC)? Ja Nein

wenn ja, welche:

MRSA-Erreger Ja Nein

Alkohol- oder Medikamentenabusus? Ja Nein

Raucher Ja Nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes