

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in ein Pflegeheim

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospital zum Heiligen Geist „Haus Katharina“, Königstraße 57 | Fax: 07472/9876-133 |
| <input type="checkbox"/> Hospital zum Heiligen Geist „Haus am Hospitalgarten“, Königstraße 57/1 | Fax: 07472/9876-179 |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim „Haus am Neckar“, Gartenstraße 24 | Fax: 07472/9816-30 |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim „Haus am Rammert“, Schadenweilerstr. 75 | Fax: 07472/93896-20 |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim „Haus am Seltenbach“, Spechtweg 19 | |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege, Königstraße 57 | Fax: 07472/9876-133 |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege Ergenzingen, Spechtweg 19 | |

Name: _____ Geb. Datum: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5

Bewegungsfähigkeit: keine Einschränkung eingeschränkt Bettlägrigkeit

Hilfebedarf: beim Essen beim Waschen
 beim Ankleiden beim Frisieren/Rasieren
 beim Aufstehen aus dem Bett beim Lagerung
 beim Benutzen der Toilette beim Gehen
 Urininkontinenz Ergänzungen _____
 Stuhlinkontinenz _____
 Katheter _____

Erforderliche Hilfsmittel: Rollator Brillen
 Rollstuhl Hörgerät
 Gehstock Zahnprothese
 Prothesen _____

Sinnesorgane: Sehen: normal reduziert (nahezu) blind
 Hören: normal reduziert (nahezu) taub
 Sprechen: normal reduziert _____

Psychische Situation:

Unruhig bei Tag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	läuft weg	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unruhig bei Nacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	schläfrig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
schreit oder ruft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	teilweise	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	teilweise	<input type="checkbox"/>
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	teilweise	<input type="checkbox"/>
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> betrübt/depressiv	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> aggressiv
Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Suizidäußerungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Frei von ansteckenden Krankheiten?

Bescheinigung nach Infektionsschutzgesetz § 36 (TBC)

- ja
- nein, welche? _____

Allergien: nein
 ja, welche? _____

Anfallsleiden: nein
 ja, welche? _____

Ernährungsform Diät: nein
 ja, welche? _____

Diagnose: _____

Behandlungspflege: _____

Medikamente:

Medikamente	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Grund für die Heimaufnahme:

- Unvermögen zur Fortführung eines eigenen Haushaltes
 - Selbstgefährdung
 - Unfähigkeit die notwendige Körperpflege durchzuführen
 - Hilflosigkeit bei Krankheit
 - keine Betreuung durch Angehörige möglich
 - Psychische Erkrankung: wenn ja, welche? _____
- _____

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel des behandelnden Arztes