

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich Anmeldung / Heimeinzug

Ansprechpartner: Frau Birgit Frisch

Telefon: 03841 / 33 46-17

Fax: 03841 / 33 46-13

Störtebekerstraße 2, 23966 Wismar

Email: b.frisch@pflegeheim-wismar.de

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 beantragt Höherstufung erforderlich

Grad der Selbständigkeit beim:	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<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"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/-in	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich desorientiert	<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"/>
persönlich desorientiert	<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"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der/die Patient/-in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der/die Patient/-in eine Weg- bzw. Hinlauftendenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?
Besteht eine Suchtkrankheit? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> _____
Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, in welcher Art?)
Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, in welcher Art?)
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen)
Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Liegen Informationen zu Infektionen vor (z.B. MRE-Status)? ja <input type="checkbox"/> nämlich: nein <input type="checkbox"/>
Gewicht: _____kg Größe: _____cm
Diagnosen:
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?
Ist Diät / Schonkost erforderlich? ja <input type="checkbox"/> Art: nein <input type="checkbox"/>
Hinweise, Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes