

Kurhaus Wohnresidenzen GmbH

Kurhausstraße 27
53773 Hennef
Tel.: 02242-88060
Fax: 02242-8806-666

Eingangsstempel Pflegeeinrichtung

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme / Kurzzeitpflege

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____ Pflegegrad: _____

Diagnosen:

Besteht z.Zt. ein Dekubitus? Nein ja wenn ja: 1. Grades 2. Grades 3. Grades

wenn ja, wo: _____

	<u>nein</u>	<u>gelegentlich</u>	<u>dauernd</u>		<u>nein</u>	<u>ja</u>
Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wird der/die Patient/in beatmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				befindet sich der/die Patient/in im Wachkoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine geschlossene Unterbringung nötig?	<u>nein</u>	<u>dauernd</u>		Liegt ein apallisches Syndrom vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat der/die Patient/in ein Tracheostoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, letzter Abstrich: _____
Bitte Kopie des Abstrichresultates beifügen

Benötigt der/die Patient/in bei folgenden Tätigkeiten Hilfe?

	<u>nein</u>	<u>gelegentlich</u>	<u>dauernd</u>		<u>nein</u>	<u>gelegentlich</u>	<u>dauernd</u>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppe steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- u. Ablegen von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor? ja nein Wenn ja: Stuhlinkontinenz Harninkontinenz

Kontinenz einschätzung – Unterstützungsbedarf:

- selbstständig (keine Unterstützungsbedarf beim Ausscheiden)
- leichte Einschränkungen (Die Ausscheidung ist durch Hilfsmittel und/oder mehr Zeit sichergestellt)
- Mittelmäßige Einschränkungen (Benötigt Anleitung, Begleitung, Beaufsichtigung oder teilweise personelle Unterstützung)
- Unselbstständig (Vollständige personelle Unterstützung erforderlich)

Welche Hilfsmittel werden benötigt?

Begleitung beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Steckbecken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Urinflasche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Inkontinenzhose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pants	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anus-Preter-Anlage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist der/die Patient/in orientiert: nein gelegentlich dauernd nein gelegentlich dauernd

zeitlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefährdet der/die Patientin sich und andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigt der/die Patientin zum Weglaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Neigt der/die Patientin zum Zerstören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist die Gemütsstimmung / die seelische Verfassung?

Liegt Suizidgefahr vor? Ja nein

Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

Besteht eine Sturzgefahr? Ja nein

Wenn ja, wann ist Patient zuletzt gestürzt und warum: _____

Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welche)?

Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?

Besteht eine Infektionskrankheit, Keimbeseidung (wie z.B. Hepatitis, TBC, MRSA)?

Welche Medikamente werden aktuell verabreicht?

Besteht eine besondere Kostform? (wenn ja, welcher Art?)

Sondenkost? _____ Eingeschränkte Trinkmenge? _____ Liter

Vorschläge für sonstige Maßnahmen z.B.: Physiotherapie Logopädie Ergotherapie _____

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes