



Ärztlicher Fragebogen

Bericht zur Heimaufnahme

Persönliche Daten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsname
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort	derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus usw.)
_____	_____	_____
Postleitzahl	Wohnort	Straße, Hausnummer

Patientenverfügung ja (Kopie) nein

Ärztliche Diagnosen (inkl. Suchterkrankungen)

Allergien / Lebensmittelallergien / Lebensmittelunverträglichkeiten

Impfungen

Aufklärung über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen ist durchgeführt Impfschutz ist vorhanden

Infektionskrankheiten

Hepatitis ja nein Typ: _____
MRSA / ORSA ja nein Bemerkungen: _____
HIV ja nein Bemerkungen: _____

Andere Infektionskrankheiten (z.B. Lungen TBC)

Wenn ja, welche: _____

Medikamente (eventuell Kopie der Medikamentenverordnung)

Unfälle und Stürze mit medizinischer Behandlung in den letzten fünf Jahren

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Befunde

Größe _____ cm Gewicht _____ kg Ernährungszustand / BMI _____

Kostform Normalkost

Diätkost ja, welche _____ wegen _____

Sondennahrung ja, welche _____ wegen _____

bes. Kostform ja, welche _____ wegen _____

Angaben zum Verhalten

ausgeglichen introvertiert depressiv

tags unruhig nachts unruhig Weglauftendenz

Selbstgefährdung Gefährdung anderer Wahnvorstellungen

Medizinische Versorgung (wie z.B. Hautschädigungen, Decubiti, Beatmung)

Mobilität	selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	Unselbständig
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb der Häuslichkeit	<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"/>
Besondere Bedarfskonstellation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden / unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnerung an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Wie oft muss eine Pflegeperson eingreifen/ unterstützen?			
	nie oder selten	selten 1-3 mal innerhalb zwei Wochen	häufig 2-mehrmals wöchentlich	täglich
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstversorgung	selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
	Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	<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"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen der Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen der Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Versorgung mit Hilfe			
	Versorgung selbständig	Nicht täglich, nicht auf Dauer	Täglich Zusätzlich zu oraler Nahrung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich
Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstversorgung	selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sichbeschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen			Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)		
	entfällt	selbständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Absaugen und Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Einreibungen oder Kälte- und Wärmeeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Messung und Deutung von Körperzuständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Körpernahe Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Verbandswechsel und Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Versorgung mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hilfsmittel

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> kleine Vorlagen | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Korsett | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte | |
| <input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstützen | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Urinflasche | |
| <input type="checkbox"/> Handgehstock | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe | <input type="checkbox"/> Urinbeutel | |

Ergänzungen

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel