

### Ärztlicher Fragebogen (vom Arzt auszufüllen)

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Die Anmeldung ist nur mit der Anmeldung zur Aufnahme vollständig. Bitte reichen Sie ggf. zusätzlich zu diesem Formular einen aktuellen Pflegeüberleitbogen der ambulanten Pflege/ Klinik ein. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtstag</b>			
<b>Größe</b>		<b>Gewicht</b>	
<b>Liegt eine palliative Situation vor</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> noch unklar
<b>Diagnosen</b>			
<b>Liegen weitere Diagnosen/ Symptome vor</b>			
<b>Dementielle Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Weitere psychische Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Suchterkrankung (z.B. Rauchen, Alkohol etc.)</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Ansteckende Krankheiten</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer <b>ansteckungsfähigen Lungentuberkulose</b> vorhanden? <sup>1</sup>			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Multiresistente Keime</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche/wo		
<b>Dekubitus</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo		Grad
<b>Wunden</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
<b>Kontrakturen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
<b>Allergie/ Unverträglichkeiten</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
<b>Körperliche Behinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche/ wo		
<b>Hörbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	<b>Sehbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer
<b>Sprachbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	<b>Schluckstörungen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer
<b>Behandlungspflege</b> z.B. Medikation, Injektion, Verbandswechsel, Kompressionsstrümpfe/- verband	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?		
<b>Datum, Unterschrift und Telefonnummer des Arztes:</b>			

<sup>1</sup> Nach IfSG §35 (5)

**Welche Fähigkeiten hat die zu pflegende Person? (von pflegender Person auszufüllen)**

**Im Bereich Kognition**

	Vorhanden	teilweise vorhanden	Nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Örtliche Orientierung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orientierung zur Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sich Erinnern	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Besondere Verhaltensauffälligkeiten**

	nein	gelegentlich	täglich
Abwehrendes Verhalten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hin-/Weglauftendenz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unruhe/Ängste am Tag (z.B. Rufen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Im Bereich Mobilität**

	Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unselbstständig
Drehen im Bett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stabiles freies Sitzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umsetzen (von Bett auf Stuhl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fortbewegen auf der Ebene	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Im Bereich Selbstversorgung**

	Selbstständig	Teils selbstständig	Unselbstständig
Körperpflege	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aufnahme der Nahrung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trinken	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ernährung parenteral (PEG/PEJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Benutzen einer Toilette	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Besonderheiten bei der Ernährung

nein  ja, welche

Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	Bewältigung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Stoma	<input type="checkbox"/> ja	Umgang	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	Bewältigung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Dauerkatheter/Urostoma	<input type="checkbox"/> ja	Umgang	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Unselbstständig
Werden Hilfsmittel benötigt z.B. Rollator, Rollstuhl, Weichlagerungsmatratze, Sauerstoffgerät, Schlafmaske etc.	<input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> ja, welche?			
		Bereits verordnet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Bereits vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

**Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen**

Werden Bettseitenteile angewandt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann
Werden Gurte angewandt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann:
Notwendigkeit der Unterbringung auf einem Demenzwohnbereich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ärztliche Einschätzung liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Richterliche Genehmigung für die oben bejahten Maßnahmen liegt vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Die zu pflegende Person ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden	
	<input type="checkbox"/> Verständigung nicht möglich	

Ausgefüllt von: