

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

AnsprechpartnerIn

Name, Vorname: _____

Tel. Nr./Handynr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Diagnosen

Herzschrittmacher: nein ja

Sucht: nein ja

welche? _____

Ernährung

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

EZ: gut adipös kachektisch existiert

Essen: selbständig Hilfestellung verabreichen

Trinken: selbständig Hilfestellung verabreichen

Allergien: nein ja, welche: _____

Kostform: Vollkost leichte Kost Schonkost

Sondenkost, welche: _____

Dysphagiekost, welche: _____

Ausscheidung

- Stuhlgang:** normal regelmäßig Diarrhoe Obstipation
- Harninkontinenz:** nein ja gelegentlich Urinal
- Stuhlinkontinenz:** nein ja gelegentlich Anus praeter

Kommunikation

- Sprachvermögen:** ungestört eingeschränkt globale Aphasie
- Hörvermögen:** ungestört eingeschränkt nicht vorhanden
- Sehvermögen:** ungestört eingeschränkt nicht vorhanden

Hilfsmittel

- Hörgerät/e:** nein ja
- Brille:** nein ja
- Zahnprothese:** nein oben unten
- Zusätzliche Hilfsmittel:** Gehstock Rollator Rollstuhl

Orientierung

- zur Person:** nein ja zeitweise
- situativ:** nein ja zeitweise
- zeitlich:** nein ja zeitweise
- örtlich:** nein ja zeitweise
- Hinlauftendenz:** nein ja zeitweise
- Nachruhe:** ruhig unruhig läuft herum

Mobilität/Körperpflege

- Bettlägrig:** nein ja zeitweise
- gehen:** selbständig mit Unterstützung nicht möglich
- stehen:** selbständig mit Unterstützung nicht möglich
- Treppen steigen:** selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
- Toilettengang:** selbständig mit Unterstützung nicht möglich
- an-/ausziehen:** selbständig mit Unterstützung nicht möglich
- waschen/cremen:** selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
- Zähne putzen:** selbständig mit Unterstützung nicht möglich
- kämmen:** selbständig mit Unterstützung nicht möglich
- rasieren:** selbständig mit Unterstützung nicht möglich

Hautzustand/Wunden

Haut: intakt Dekubitusgefährdet

Dekubitus: nein ja, Lokalisation _____

Wunde: nein ja, Lokalisation _____

Größe _____

Art _____

Atmung

frei O2-Gabe intermittierend Schlafapnoe (Maske)

Mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen (mit Fachrichtung)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Hausarzt/-ärztin

Medikation

Medikamente, auch Bedarfsmedikamente (Augentropfen, Salben etc.), die z.Z. eingenommen werden.

PatientIn

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Pflegegrad: _____

Versicherungsnummer: _____

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Sollte der Platz für die Medikationen und Verordnungen nicht ausreichen, legen Sie bitte eine gültige Einnahmeverordnung Ihrer Praxis mit Unterschrift, Stempel und aktuellem Datum bei.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Hausarzt/-ärztin