



Ärztlicher Fragebogen

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Aufnahme.

Unterschrift des Kunden oder des gesetzlichen Vertreters

Name, Vorname	Geburtsdatum
Geburtsname	

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Aufnahme für den Bereich

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altenheimbereich | <input type="checkbox"/> Geschlossene Abteilung (nur mit U-Beschluss!) |
| <input type="checkbox"/> Normalpflegebereich | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |

Grund der Aufnahme _____

Hausarzt Anschrift, Tel	
Facharzt Anschrift, Tel	
Facharzt Anschrift, Tel	

Ärztliche Diagnosen (bitte in Druckbuchstaben)

Vergangene Klinikaufenthalte

Klinik	Zeitraum	Diagnose

Medikation	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

Prophylaktische Maßnahmen:

Dekubitus
 Pneumonie
 Thrombose
 Kontrakturen
 Soor

Anamnese

Ausscheidung

Harninkontinenz: _____ Stuhlinkontinenz _____

Ruhe und Schlaf

physiologischer Tag- / Nachtrhythmus
 gestörter Wach- / Schlafrythmus

Beweglichkeit

Gehfähig: ja nein mit Hilfe

Ernährung

Kostform _____

Kommunikation

eingeschränkt (Bemerkung)

Sozialverhalten kontaktfreudig eingeschränkt kontaktfreudig

Körperpflege selbständig mit Hilfe

Hautzustand

Orientierung

	immer	zeitweise	nie	
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Umtriebigeit
Zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aggressivität
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Problembereiche

Suchtverhalten: welche: _____

Impulsivität mit Aggression Affektdurchbrüche

Suizidalität Halluzinatorische Symptomatik.

Antriebsstörung Selbstverletzung

Fehlende Krankheitseinsicht Sonstiges _____

Sehstörung Hörfehler Sprachstörung

Hilfsmittel

Prothesen _____

Brille _____

Hörgerät _____

Rollstuhl Rollator sonstige Hilfsmittel

Herzschrittmacher, nächste Kontrolle (Datum) _____
 Stoma Trachealkanüle
 Diabetes Insulinpflichtig BE: _____
 suprapubischer Blasenverweilkatheter transurethraler Blasenverweilkatheter
 med. Begründung: _____
 PEG med. Begründung: _____
 Allergien _____
 Dekubitus (genaue Beschreibung) _____

§ 36 Abs.4 IfSG

keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose oder einer sonstigen meldepflichtigen Krankheit

Ermittlung des Pflegeaufwandes

	S	A	TÜ	VÜ
Ankleiden/Auskleiden				
Waschen				
Baden/Duschen				
Rasieren				
Zahn-/Mundpflege				
Nagel-/Fußpflege				
Nahrungsaufnahme				
Aufstehen/Zubett gehen				
Gehen				
Stehen				
Treppensteigen				
Ausscheidung / Stuhl				
Ausscheidung / Urin				

Legende:
 S / selbständig
 A / Anleitung
 TÜ / Teilübernahme
 VÜ / volle Übernahme

Sonstiges _____

Datum : _____ Stempel / Unterschrift Arzt : _____