



ARBEITERWOHLFHART
 Wilhelm-Hoegner-Haus
 Klettenberg 90, 97318 Kitzingen
 Tel.: 09321-306-0/ Fax: 09321/306-100

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsname:	
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:

Ärztliche Diagnosen (bitte deutlich oder in Druckbuchstaben)
Medikation: Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen!

1. Körperlicher Befund

Diabetes:	<input type="checkbox"/> ja	(BE) _____	<input type="checkbox"/> nein
Allergien (Allergie-Pass):	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher (Pass):	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Künstliche Gelenke:	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Schluckstörungen:	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Ernährungssonde:	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Dekubitus:	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Stoma:	<input type="checkbox"/> ja	_____	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:		_____	

Ärztlicher Fragebogen (Pflegeeinrichtung)

WHH 10.02.2016

- Sprache: normal unartikulierte stimmgestört stumm
- Gehör: normal schwerhörig gehörlos
- Sehvermögen: normal sehbehindert blind
- Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät): ja _____ nein
- Es besteht eine Gefährdung von: Dekubitus (wo?) _____
 Pneumonie
 Thrombose (wo?) _____
 Kontrakturen (wo?) _____
 Soor
 Mangelernährung
 Sonstiges: _____
- Besteht Inkontinenz? ja Stuhl Urin nein
- Patient ist gefährlich? ja nur mit Hilfe nein
- Treppensteigen möglich? ja nur mit Hilfe nein
- Ständig bettlägerig? ja gelegentlich nein

2. Orientierung und Verhalten

Bestehen kognitive Störungen / dementielle Veränderungen?

- ja _____ nein

- Orientierung örtlich: ja zeitweise nein
- Orientierung zeitlich: ja zeitweise nein
- Orientierung zur Person: ja zeitweise nein
- Orientierung Situativ: ja zeitweise nein

Bestehen Psychosen, Neurosen: ja _____ nein

Bestehen Suchtkrankheiten: ja _____ nein

Verhalten des Patienten:

- unauffällig antriebsmäßig reduziert depressive / manische Verstimmung
- unruhig antriebsmäßig gesteigert umtriebig
- fremd-aggressiv suizidal Weglauftendenz
- fehlende Krankheitseinsicht Selbstverletzung
- gestörter Wach-/ und Schlafrythmus Halluzinatorische Symptomatik

Sind unterbringungsähnliche Maßnahmen beantragt bzw. genehmigt (z.B. Fixierung, Unterbringung)?

- ja _____ nein

Es besteht eine richterl. Betreuung / Vollmacht / Betreuung ist beantragt

(Betreuungsperson ist: _____)

Verbale Kommunikation möglich? ja zeitweise nein

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0001 Ärztlicher Fragebogen	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	3.0	18.12.2015	Seite 2 von 3

3. Hilfebedarf

Fremdhilfe ist nötig?

- beim Aufstehen aus dem Bett? ja gelegentlich nein
- beim Aufstehen vom Stuhl? ja gelegentlich nein
- beim Gehen? ja gelegentlich nein
- beim An- und Auskleiden? ja gelegentlich nein
- bei der Körperpflege? ja gelegentlich nein
- beim Waschen? ja gelegentlich nein
- beim Rasieren / Frisieren? ja gelegentlich nein
- beim Baden? ja gelegentlich nein
- beim Essen? ja gelegentlich nein
- beim Aufsuchen der Toilette? ja gelegentlich nein
- bei der Einnahme von Medikamenten? ja gelegentlich nein
- Der Patient verlässt noch das Haus? ja gelegentlich nein

Der Heimaufenthalt ist nach ärztlichem Urteil erforderlich?

- ja, weil _____
- nein

4. § 36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz (bitte vollständig ausfüllen!!!)

Bestätigung des Arztes nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Der Patient ist **frei** von einer ansteckenden Krankheit, insbesondere frei von einer ansteckungsfähigen **Lungentuberkulose oder sonstiger meldepflichtiger Krankheiten:** ja nein

Besteht eine Hepatitis? ja nein

Besteht eine HIV- Infektion? ja nein

Sonstige meldepflichtige Erkrankung: ja _____ nein

Besteht eine Infektion mit multiresistenten Keimen? ja _____ nein

Bemerkungen des Arztes

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0001 Ärztlicher Fragebogen	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	3.0	18.12.2015	Seite 3 von 3