

Eingangsvermerke des Heimes:

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
"Seniorenzentrum Stadtweide"
Am Richtfunkturn 1
18059 Rostock
Tel.: 0381/44036-0; Fax: 0381/44036-265

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name, Geburtsname: _____
2. Vornamen: _____
3. Geburtsdatum: _____
4. Pflegegrad: _____
5. kann (sich) der Patient:

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	häufig eingeschränkt	dauerhaft eingeschränkt
gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufstehen aus dem Bett / zu Bett gehen	<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"/>
waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frisieren / rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ist der Patient:

	ja	gelegentlich	häufig	nein
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet (besteht eine Hinlauftendenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Liegt Inkontinenz vor:

	ja	gelegentlich	häufig	nein
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

9. Verhaltensauffälligkeiten

a. Eigengefährdung: nein ja, welche? _____

b. Fremdgefährdung: nein ja, welche? _____

Dokument angelegt: Nina Kasanowski 16.7.19, 12:18 Uhr	Freigabe: Theresa Follak 28.8.19	Seite 1 von 2 Rev.-Nr.: 5
---	--	------------------------------

10. Suchtkrankheit nein ja, welche? _____

11. Diagnose(n): _____

a. pflegeerschwerende Faktoren

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> chronische Wunden |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Anus praeter |
| <input type="checkbox"/> Beatmung | <input type="checkbox"/> DK |
| <input type="checkbox"/> O ₂ -Gabe | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |

12. Schmerzanamnese – Liegen Schmerzen vor? nein ja: akut chronisch stabil instabil

a. Schmerzlokalisierung: _____

13. Allergien / Unverträglichkeiten: _____

14. Medikamente nein ja, welche?

Name des Medikamentes	morgens	mittags	abends	nachts
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hat der Patient ansteckende Krankheiten nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz, wie:

	nein	ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerausscheider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA/ESBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scabies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Infektionskrankheiten wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Ist Diät / Schonkost erforderlich nein ja, welche?
(Kau- und Schluckstörungen)?

17. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes