



Ärztlicher Fragebogen Aufnahme

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Pflegegrad	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 • Eileinstufung beantragt am:..... • Höhergruppierung beantragt am:

1. Körperlicher Zustand / Krankheiten / Diagnosen

bitte Diagnosenausdruck beifügen:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> Multip.sklerose | <input type="radio"/> Demenz |
| <input type="radio"/> Bösartige Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> Appallisches Synd. | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Chorea Huntington | <input type="radio"/> Tetraplegie/Tetraparese | |

- | | | |
|---|--|--|
| Dekubitus / chronische Wunden? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wo..... |
| Kontrakturen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, wo..... |
| Bestehen Suchtkrankheiten? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Liegen psychische Störungen vor? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Hat der Patient einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Erhält der Patient blutverdünnende Medikamente? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja: |
| Liegen Allergien vor? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Ist der Patient an Diabetes mellitus erkrankt? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| | <input type="radio"/> Insulinpflichtig | <input type="radio"/> oral eingestellt |
| Gibt es Lähmungen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Liegt eine Amputation vor? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |

Bitte schriftliche Anordnung beifügen

2. Hilfsmittel:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Hörgerät rechts | <input type="radio"/> Hörgerät links |
| <input type="radio"/> Toilettenstuhl | <input type="radio"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="radio"/> Rollstuhl |
| <input type="radio"/> Rollator | <input type="radio"/> Gehhilfe | Sonstiges: |



3. Bewusstsein / Kommunikation:

- Orientierungsstörung: zeitlich örtlich persönlich situativ
- Artikulations- / Sprachstörungen: Nein ja
- Störung des Tag / Nachtrythmus: Nein ja

4. Mobilität:

- Sitzen: selbstständig teilweise unselbstständig
- Gehen/Stehen: selbstständig teilweise unselbstständig
- Bett aufsuchen/verlassen: selbstständig teilweise unselbstständig
- Umlagern im Bett: selbstständig teilweise unselbstständig
- Dauerhaft bettlägerig: ja nein
- Ist der Patient sturzgefährdet? Ja nein

5. Vitalfunktionen:

- Blutdruck:..... Puls:.....
- Atmung: Sauerstoffgabe Inhalation Absaugen erforderlich

6. Körperpflege:

- Waschen: selbstständig teilweise unselbstständig
- Mundhygiene: selbstständig teilweise unselbstständig
- Intimpflege: selbstständig teilweise unselbstständig

7. Essen und Trinken:

- Körpergröße: Gewicht:
- Sonde: nein ja
- Schluckstörung nein ja
- Ernährungszustand gut kachektisch adipös
- Füssigkeitsaufnahme: selbstständig teilweise unselbstständig
- Nahrungsaufnahme selbstständig teilweise unselbstständig



8. Ausscheidungen:

- Toilettennutzung: selbstständig teilweise unselbstständig
Harninkontinenz: nein ja
Blasenverweilkatheter nein ja suprapubisch transurethral
Stuhlinkontinenz: nein ja

9. Therapie:

Maximale Therapie:

- Volle medizinisch gebotene und mögliche Behandlung, inkl. künstlicher Beatmung, Intensivtherapie

Begrenzte Therapie (Basistherapie):

- Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig, jedoch keine künstliche Beatmung oder Intensivtherapie

Nur lindernde (palliative) Maßnahmen

- Keine lebenserhaltende Therapie, keine Reanimation, ausschließlich Beschwerdelinderung und Schmerztherapie, beruhigende Therapie bei Atemnot

10. Besondere Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Wir bitten den ärztlichen Fragebogen im Interesse einer zügigen und problemlosen Aufnahme in unserer Einrichtung schnellstmöglich auszufüllen und an unsere Einrichtung zurück zu faxen, oder den Fragebogen den Angehörigen/Betreuern zur Weiterleitung mitzugeben.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes/der Klinik