



# Ärztlicher Fragebogen Heimaufnahme

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Pflegegrad</b>	<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