

Bitte alle Fragen beantworten, Zutreffendes ankreuzen X

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

--	--

2. Diagnosen und Grunderkrankungen

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

ICD Schlüssel	Diagnose

3. Verordnete Medikamente

Präparat	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

4. Besondere Hinweise

Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Implantate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
insulinpflichtiger Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Antiepileptikatherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Antikoagulationstherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

5. Kommunikation

Sprachvermögen	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="text" value="welche"/>
Sehvermögen	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="text" value="welche"/>
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> Einschränkungen	<input type="text" value="welche"/>
sonstige Einschränkungen	<input type="text" value="welche"/>		

6. Sich bewegen können

Bettlägrig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	
Sturzgefährdet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	
	selbständig	bedingt selbst.	teilweise unselbst.	unselbständig
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akinese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Tremor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Paresen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Plegien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Hemiplegie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

7. Körperpflege

Hautzustand:	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> schuppig
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo: <input type="checkbox"/>	
	selbständig	bedingt selbst.	teilweise unselbst.	unselbständig
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund / Zahnpflege	<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"/>

8. Ernährung

	selbständig	bedingt selbst.	teilweise unselbst.	unselbständig
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche: <input type="checkbox"/>	
besondere Kostform	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche: <input type="checkbox"/>	
PEG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche: <input type="checkbox"/>	
Sondennahrung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche: <input type="checkbox"/>	
Ernährungszustand:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> kachektisch	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> exsikkiert

9. Ausscheiden

Harninkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
Stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
Blasenverweilkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann <input type="checkbox"/>	
Suprapubischer Blasenkathe- ter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wann <input type="checkbox"/>	
Stoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	

10. Psyche / ZNS

Orientierung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
zur Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
gestörter Tag-/Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Unruhezustände	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Antriebsarm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Selbst- und / oder Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Weglaftendenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

11. Weitere Angaben

Sind freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich:

Bettgitter zu den Ruhezeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Bauchgurt im Bett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Bauchgurt im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Therapietisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Ist der Patient frei von ansteckenden

Krankheiten ja nein

Alkohol- oder Medikamentenabusus ja nein

Raucher ja nein

Tracheostoma ja nein

Beatmung ja nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Wir bitten Sie als behandelnden Arzt, diesen Fragebogen vollständig zu beantworten und an die unten angegebene Fax-Nummer zu senden oder den Angehörigen direkt auszuhändigen. Je ausführlicher und genauer der physische und psychische Zustand des zukünftigen Bewohners aufgezeigt wird, um so leichter und problemloser kann ein Heimeinzug in das Seniorenstift Bethanien erfolgen. Ihre Auskünfte werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes