

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Eingegangen:

1. Vor- und Zuname**Geburtsdatum**

--	--

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Diagnosen und Grunderkrankungen

ICD-Schlüssel	Diagnose

3. Verordnete Medikamente wie im Medikamentenplan hinterlegt

Präparat	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf

4. Besondere Hinweise

Allergien	☐ Ja	☐ nein	
Implantate	☐ Ja	☐ nein	
Schmerztherapie	☐ Ja	☐ nein	
Insulinpflichtiger Diabetes Mellitus	☐ Ja	☐ nein	
Antiepileptikatherapie	☐ Ja	☐ nein	
Antikoagulationstherapie	☐ Ja	☐ nein	

5. Kommunikation

Sprachvermögen	☐ Keine Einschränkung	☐ Einschränkungen	Welche
Sehvermögen	☐ Keine Einschränkung	☐ Einschränkungen	Welche
Hörvermögen	☐ Keine Einschränkung	☐ Einschränkungen	Welche
Sonstige Einschränkungen	☐ Keine Einschränkung	☐ Einschränkungen	Welche

Ärztlicher Fragebogen**6. Sich bewegen können**

Bettlägerig	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise	
Sturzgefährdet	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise	
	Selbständig	Bedingt selbständig	Teilweise unselbständig	unselbständig
Aufstehen	☐	☐	☐	☐
Zubettgehen	☐	☐	☐	☐
Umlagern	☐	☐	☐	☐
Stehen	☐	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐	☐
Gehen mit Hilfsmittel	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Akinese	☐ Ja	☐ nein		
Tremor	☐ Ja	☐ nein		
Paresen	☐ Ja	☐ nein		
Plegien	☐ Ja	☐ nein		
Hemiplegie	☐ Ja	☐ nein		

7. Körperpflege

Hautzustand	☐ Intakt	☐ Trocken	☐ Feucht	☐ Schuppig
Dekubitus	☐ Ja	☐ Nein	Wo	
	Selbständig	Bedingt selbständig	Teilweise unselbständig	unselbständig
Waschen	☐	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐	☐
Mund- / Zahnpflege	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐	☐

8. Ernährung

	Selbständig	Bedingt selbständig	Teilweise unselbständig	unselbständig
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	☐
Flüssigkeitsaufnahme	☐	☐	☐	☐
Schluckstörungen	☐ Ja	☐ Nein		
Besondere Kostform	☐ Ja	☐ Nein	Welche	
PEG	☐ Ja	☐ Nein		
Sondennahrung	☐ Ja	☐ Nein	Welche	
Ernährungszustand	☐ Gut	☐ Kachektisch	☐ Adipös	☐ exsikkiert

Ärztlicher Fragebogen**9. Ausscheiden**

Harninkontinent	☐ Ja	☐ Nein	
Stuhlinkontinent	☐ Ja	☐ Nein	
Blasenverweilkatheter	☐ Ja	☐ Nein	Wann
Suprapubischer Blasenkatheter	☐ Ja	☐ Nein	Wann
Stoma	☐ Ja	☐ Nein	
Inkontinenzartikel	☐ Ja	☐ Nein	

10. Psyche / ZNA

Orientierung:

Zeitlich	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Örtlich	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Situativ	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Zur Person	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Gestörter Tag-/Nachtrhythmus	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Unruhezustände	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Antriebsarmut	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Selbst- und/oder Fremdgefährdung	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Weglauftendenz	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise

11. Weitere Angaben

Sind freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich:

Bettgitter zu den Ruhezeiten	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Bauchgurt im Bett	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Bauchgurt im Rollstuhl	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Therapietisch	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten	☐ Ja	☐ Nein	
Alkohol- oder Medikamentenabusus	☐ Ja	☐ Nein	
Raucher	☐ Ja	☐ Nein	
Tracheostoma	☐ Ja	☐ Nein	
Beatmung	☐ Ja	☐ Nein	

Ärztlicher Fragebogen**12. Hinweise und Bemerkungen des Arztes**

Wir bitten Sie als behandelnder 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, umso leichter und problemloser kann ein Heimeinzug in das Seniorenstift Bethanien erfolgen. Ihre Auskünfte werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Seniorenstift Bethanien, Wittfeldstr. 31 in 47441 Moers

Telefon: 02841-200 2102 Fax: 02841-200 2150