

Heimaufnahme

Ärztlicher Fragebogen



Name, Vorname _____ geb. _____

Diagnosen

(körperliche/ psychische)

Besteht eine Demenzerkrankung?

welcher Art, welches Stadium?

Wie äußert sich die Demenzerkrankung?

Ist der Patient besiedelt mit multiresistenten Erregern? Welche, welches Organ, welcher Körperteil?

Besteht eine ansteckende Krankheit? wenn ja, welche?

Therapie?

Besteht eine Suchterkrankung?

Was ist zu beachten?

Medikamente

Der/die Patientin benötigt Hilfe

| | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | gelegentlich | häufig | dauernd |
| Mobilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | gelegentlich | häufig | dauernd |
| Ernährung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Der/die Patientin ist

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ständig | zeitweise | nein |
| Zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Persönlich orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Situativ orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ständig | zeitweise | nein |
| nachts unruhig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ruft laut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hat Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nahrungsaufnahme

Selbständig

Braucht Hilfe

Isst gern ja nein

Kau-/Schluckstörung deren Ursache:

Kostform

Normale Kost

Diabetes Kost _____ BE

Schonkost

Sondennahrung

Sonstiges (z.B. laktosefrei) _____

Mobilität

selbständig Rollator Rollstuhl

bettlägrig

Kontrakturen ja nein

betroffene Gelenke und Ausprägung: _____

Hilfsmittel

Brille Hörgerät

Zahnprothese Beinprothese

Herzschrillmacher sonstiges _____

Ruhe/Schlaf

Ohne Schlafmittel Mit Schlafmittel

Unruhig Tag-/Nacht-Umkehr

Sonstiges _____

Ausscheidung Diagnose Harninkontinenz

Stress- oder Belastungsinkontinenz Grad 1 Grad 2 Grad 3

Dranginkontinenz

Mischinkontinenz - aus den beiden o.g. Formen

Reflexinkontinenz chronische Harnretention / Überlaufinkontinenz

extraurethrale Inkontinenz

Stuhlinkontinenz

gelegentlich

häufig

ständig

Ärztliche Verordnungen (z.B. KG, Verbände, Vitalzeichenkontrollen)

Sonstiges

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel Arzt

bitte wenden