

Sehr geehrte Ärztin,
 sehr geehrter Arzt,
 bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Sie helfen damit die bedarfsgerechte Unterstützung Ihres Patienten! Danke!

Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung Aufnahme zur

- Kurzzeitpflege (nach SGB V, nach SGB XI)
- Dauerpflege im Pflegeheim Friedrich-Schäfer-Haus

Bitte von der **behandelnden Ärztin** oder dem **behandelnden Arzt** ausfüllen lassen und zusammen mit dem **Anmeldebogen** einreichen. Danke!

Vor- und Zuname **Geburtsdatum**

Hauptdiagnosen

Körpergewicht Körpergröße Bettlägrigkeit? nein ja

Reanimation nein ja

Weitere Diagnosen und Symptome:

- Psychische Erkrankung? nein ja, welche?
- Suchtkrankheit? nein ja, welche?
- Ansteckende Krankheit? nein ja, welche?
- Multiresistenter Keim? nein ja, welcher?
- Allergie? nein ja, welche?
- Hörbehinderung? nein leichte schwere
- Sehbehinderung? nein leichte schwere
- Sprachstörung? nein leichte schwere
- Schluckstörung? nein leichte schwere
- Dekubitus? nein ja, wo?
- Kontrakturen? nein ja, wo?
- Diabetes mell.? nein ja Insulinpflichtig
- Sonstige?

Behandlungspflege (z. B. bei Medikation, Injektion, Verbandwechsel)

- pers. Hilfe erforderlich? ja, bei wie oft?
- Prognose Pflegeaufwand? abnehmend gleichbleibend zunehmend
- Pflegebedarf voraussichtlich mind. 6 Monate? nein ja
- Liegt eine Palliativsituation vor? nein ja noch unklar

Kontinenz

- Harninkontinenz nein ja
- Stuhlinkontinenz nein ja
- Dauerkatheter/ Urostoma nein ja
- Stoma nein ja



Nahrungsmittelunverträglichkeiten/besondere Ernährungsform (z.B. Glutenfrei, Lactose-/Fructoseintoleranz, vegetarische/vegane Kost, etc.) nein ja, welche?

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? nein ja, welche?
bereits verordnet? nein ja bereits vorhanden? nein ja

Besonderheiten

Kognitive/ kommunikative Fähigkeiten	vorhanden	größtenteils	in geringem Maße	nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung in der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten/Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von Schmerz/Durst/Hunger/Kälteempf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen (Hören/kognitiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Verhaltensauffälligkeiten?

Unruhe-/ Angstzustände	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich
depressive Zustände	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich
abwehrendes Verhalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Hin-/Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> täglich

Hilfe bei der Mobilität

	selbständig	unselbständig
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Drehen, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen (Transfers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen im Wohnbereich (auf einer Ebene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfe bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen

	selbständig	unselbständig
Waschen d. vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden (Körper, Haare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfe beim Essen

	selbständig	unselbständig
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ernährung enteral (PEG/ PEJ) u. parenteral (Port)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Der/die Patient/in ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung
 einverstanden nicht einverstanden Verständigung nicht möglich.

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist aus ärztlicher Sicht notwendig: ja nein

.....
Datum

.....
Unterschrift und Telefonnr. der Ärztin, des Arztes