

Vorgesehen für: Pflegebereich
 (DRK- Intern)

DRK Seniorenzentrum Konz
 Brunostr. 27, 54329 Konz
 Telefon (06501) 9606-000

Ärztlicher Fragebogen

Telefax (06501) 9606-009

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname: _____ **2. Geburtsdatum:** _____

3. Anschrift: _____

4. Hauptgründe für die Heimaufnahme? _____

5. Hilfebedarf des/ der Patienten/-in bei

a) Mobilität

	ja	zeitweise	nein
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Körperpflege

	ja	zeitweise	nein
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Kleidung

	ja	zeitweise	nein
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Sonstiges

	ja	zeitweise	nein
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

7. Liegt Inkontinenz vor?

	ja	zeitweise	nein	Wenn ja, in welcher Form?
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

8. Sind Ihnen folgende Orientierungsstörungen bei dem/ der Patienten /-in bekannt?

	ja	zeitweise	nein
Zeitliche Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ist der/die Patient/-in bettlägerig? ja zeitweise nein

10. Liegt nächtliche Unruhe vor? ja zeitweise nein

11. Besteht eine Suchtkrankheit? nein
 ja, welche _____

12. Sind psychische Störungen vorhanden? nein
 ja, welche _____

13. Besteht eine körperliche Behinderung? nein
 ja, welche _____

14. Hat der/die Patient/-in eine ansteckende Krankheit? nein
 ja, welche _____

Frei von ESBL ja nein
 Frei von ORSA ja nein
 Frei von MRSA ja nein
 Frei von MRAB ja nein
 Frei von TBC ja nein
 Frei von Covid 19 ja nein

wenn ja wo? _____

Impfung Covid 19 ja nein

15. Ärztliche Diagnosen:

16. Medikation:

1.	Dosierung			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes