

## Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Benötigt der/die Bewohner/in Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Bewohner/in:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der/die Bewohner/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(wenn ja in welcher Form?)  Stressinkontinenz     Dranginkontinenz     Reflexinkontinenz  
 Überlaufinkontinenz     extraurethrale Inkontinenz

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

---



---

Besteht eine Suchterkrankung (wenn ja, welche)?

---



---

Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welche Art)?

---

---

Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welche Art)?

---

---

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen)

---

---

---

Liegt ein ärztliches Zeugnis nach §§36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?  ja  nein

Diagnosen

---

---

---

---

---

---

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

---

---

---

---

Liegen Informationen zu MRSA vor?  nein  ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt? Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welche Art)?

---

---

Hinweise/Bemerkungen:

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes