

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Name: _____ **Vorname:** _____

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Diagnose, die zur Aufnahme führt

Weitere bekannte Vorerkrankungen

	ja	zeitweise	nein
--	----	-----------	------

Inkontinenz	Stuhl	Harn			
-------------	-------	------	--	--	--

Nächtliche Unruhe _____

Orientierung

Zur Person _____

Zum Ort _____

Zur Zeit _____

Zur Situation _____

Notwendige Hilfe bei	selbständig	mit Hilfe	übernehmen
-----------------------------	-------------	-----------	------------

Körperpflege waschen			
----------------------	--	--	--

Duschen			
---------	--	--	--

Baden			
-------	--	--	--

Mund- und Zahnpflege			
----------------------	--	--	--

Kämmen / Rasieren			
-------------------	--	--	--

Darm- Blasenentleerung			
------------------------	--	--	--

Aufstehen, zu Bett gehen			
--------------------------	--	--	--

Ernährung	mundgerecht			
-----------	-------------	--	--	--

An- Auskleiden	teilweise			
----------------	-----------	--	--	--

Mobilität	Rollstuhl	ja	nein		
-----------	-----------	----	------	--	--

Stimmungslage	depressiv	freundlich	wechselnd	aggressiv
---------------	-----------	------------	-----------	-----------

Nach ärztlicher Einschätzung ist vollstationäre Pflege notwendig ja nein ,
 der / die Pflegebedürftige erfüllt die Kriterien des PflegeVG zur Einstufung in den
 Pflegegrad I II III IV V

Derzeitige Medikation

Arzneimittel	morgens	mittags	abends	nachts
--------------	---------	---------	--------	--------

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

