

Eingangsvermerke des Heimes:

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
"Seniorenzentrum Stadtweide"
Am Richtfunkturn 1
18059 Rostock
Tel.: 0381/44036-0; Fax: 0381/44036-265

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name, Geburtsname: _____
2. Vornamen: _____
3. Geburtsdatum: _____
4. Benötigt der Patient Hilfe beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<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"/>

5. Ist der Patient

	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 Unruhestände auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Liegt Inkontinenz vor:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

8. Verhaltensauffälligkeiten: Eigengefährdung nein ja, welche?

Fremdgefährdung nein ja, welche?

9. Suchtkrankheit nein ja, welche? _____

Dokument angelegt: Madeleine Pagels 12.6.14, 10:20 Uhr	Freigabe: Valeska Siehr 17.7.14	Seite 1 von 2 Rev.-Nr.: 3
--	---------------------------------------	------------------------------

10. Diagnose:

10a. pflegeerschwerende Faktoren

- PEG
 Tracheostoma
 Beatmung
 O₂-Gabe
 Sonstiges: _____
- chronische Wunden
 Anus praeter
 DK

11. Schmerzanamnese- Liegen Schmerzen vor?

- nein
 ja: akut chronisch
 stabil instabil

Schmerzlokalisierung:

12. Allergien/ Unverträglichkeiten

13. Medikamente

- nein ja, welche?

Name des Medikamentes	morgens	mittags	abends	nachts
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hat der Patient ansteckende Krankheiten nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz wie:

	nein	ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerausscheider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA/ ORSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scabies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Infekt.krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	

15. Ist Diät/ Schonkost erforderlich (Kau- und Schluckstörungen)?

- nein ja, welche?

16. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes