

Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in eine teil- bzw. vollstationäre Einrichtung



Betreffende Person

Name: Vorname(n):
 Geburtsdatum: Pflegegrad:

1.) Ärztliche Diagnosen

2.) Pflegerischer Hilfebedarf (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

	Aktivität selbstständig möglich	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität erfordert überwiegend personelle Hilfe	Aktivität muss fremdübernommen werden
Mobilität				
Transfers				
Fortbewegen innerhalb des Wohnumfeldes				
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen				
Duschen & Baden				
An- und Auskleiden				
Nahrungsaufnahme				
Benutzen einer Toilette bzw. eines Toilettenstuhls				

3.) Wie ist der Ernährungszustand?

kachektisch normalgewichtig übergewichtig stark adipös (BMI ≥ 35)

4.) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung (Tageszeit, Tag-/ Nachtrhythmus etc.)				
Verstehen von Sachverhalten und Informationen				
Mitteilen von Grundbedürfnissen (Schmerz, Durst, Kälte etc.)				
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv)				

5.) Liegt eine Demenzerkrankung vor?

Nein Ja Wenn ja, in welchem Stadium? beginnend fortgeschritten

6.) Besteht eine Hinlauftendenz?

Nein Ja

7.) Besteht eine Suchterkrankung/psychische Erkrankung?

Nein Ja, welche? _____

8.) Gibt es besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf?

(z. B. Unruhezustände, abwehrendes Verhalten, Ängste etc.?)

9.) Bestehen ansteckende Krankheiten nach dem IfSG § 36 oder wurden Keime nachgewiesen?

Nein Ja, welche? _____

Hinweise oder sonstige Bemerkungen (z. B. Sauerstoffgerät, Schlafapnoe, Hilfsmittel etc.)

Bitte fügen Sie den aktuellen Medikamentenplan und die Übersicht über den Impfstatus mit an!

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes