

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

ACHTUNG: Eine Aufnahme kann nur bei korrekt und vollständig ausgefülltem Fragebogen erfolgen!

Bewohner: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Diagnosen: (Bitte Druckschrift !!!) _____

Hat der Patient einen Pflegegrad? ja, Pflegegrad: _____ nein

Pflegegrad ist beantragt: ja, seit: _____ nein

Ist der Patient **frei von ansteckenden Krankheiten** (auch Tbc gemäß § 36 (4) Infektionsschutzgesetz)?
(**zusätzlich beizulegen**: ärztliche Bescheinigung, dass keine Anhaltspunkte für ansteckungsfähige
Erkrankungen gemäß §§ 6, 7 Infektionsschutzgesetz - IfSG vorliegen)

ja nein: _____

Ist der Patient MRSA / MSA / ORSA (Staphylococcus aureus) / ESBL Träger? ja nein

Hat der Patient Implantate / künstliche Gelenke? ja nein

Welche / Wo?: _____

Nimmt der Patient blutgerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Welche?: _____

Diabetiker? nein ja eingestellt mit: _____ BE Tabletten Insulinpflichtig

Allergien? nein ja Welche?: _____

offene Wunden? nein ja Welche / Wo?: _____

Dekubitus? nein ja Wo?: _____

Essen Bewohner isst selbstständig ja nein

Essen schneiden ja nein

Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme ja nein

Kostform Normalkost Schonkost Diät _____ kcal

Breikost Diabetikerkost _____ BE

Ernährungssonde nein ja Seit wann? _____

Schluckstörungen nein ja _____

Trinken Bewohner trinkt selbstständig ja nein

Trinken muss eingegeben werden ja nein

muss zum Trinken angehalten werden ja nein

Harnkontrolle Kontinent teilweise Inkontinent Inkontinent

Dauerkatheter nein ja suprapubischer Katheter: ja; seit: _____

Stuhlkontrolle Kontinent teilweise Inkontinent Inkontinent
 Obstipation Diarrhöe Anus-praeter
 Stuhlgang regelmäßig alle ___ Tage Stuhlgang unregelmäßig

Bewegung/Gehen ist selbständig möglich mit Hilfestellung
 Bewohner kann Treppen steigen Bewohner ist bettlägerig

Mit Hilfsmittel Rollstuhl Gehstütze
 Rollator Gehstock

Patient ist weglaufgefährdet? ja nein

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient ist	orientiert	Zeitweise orientiert	Ständig desorientiert
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur eigenen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient ist klar schläfrig bewusstlos aggressiv
 ängstlich suizidal depressiv unauffällig

Psychische Erkrankungen? nein ja Psychiatrieaufenthalt am: _____

Welche ? _____

Gefährliche Eigenschaften? nein ja Welche: _____

Suchtkrankheiten? nein ja Welche: _____

Schlafen: Patient schläft gut hat Einschlafstörungen hat Durchschlafstörungen

Sehstörungen rechts links Brille vorhanden: ja nein

Glasauge vorhanden: ja nein

Patient hört schwer links rechts Hörgerät vorhanden ja nein
 ist taub links rechts

Ort, Datum _____

Stempel / Unterschrift Arzt _____

Aufnahme ja nein

Unterschrift + Haus der Senioren Wolnzach _____