

Caritas Seniorenheim St. Franziskus Klostersgasse 3 92334 Berching Tel. 08462/94292-115 Fax.08462/94292-116	Eingangsvermerk des Heimes
--	-------------------------------

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in ein Alten-/Pflegeheim

Name:	Geburtsdatum:		
Pflegestufe:			
Diagnosen/ allgemeiner Befund:			
Pflegebedarf durch Antragsteller oder Angehörigen auszufüllen.			
Der Patient benötigt Hilfe	keine	gelegentlich	ständig
Körperpflege:			
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bad/Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung:			
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundger. Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen eingeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondenkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung:			
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	keine	gelegentlich	ständig
Mobilität:			
Aufstehen/zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilweise bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollständig bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychischer Zustand:			
örtlich nicht orientiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich nicht orientiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Verwirrtheitszustände		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zum Weglaufen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gefährdet sich selbst od. andere		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erforderliche Aufsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Verordnungen:			
Medikamente verabreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitusversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patient bedarf diverser Fixierungen				
	Bettseitenteil	<input type="checkbox"/>	Fussgurte	<input type="checkbox"/>
	Bauchgurt	<input type="checkbox"/>	Handgurte	<input type="checkbox"/>
Der Patient bedarf der Bewahrung in einer geschlossenen Unterbringung:				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz:				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
ja		nein		

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes
FNR. V-506-0