

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich

- der Aufnahme im Seniorendomizil am Hewen in Engen
- der Aufnahme in der Tagespflege am Hewen in Engen
- der Aufnahme im Seniorenhaus Katharina in Engen – Stetten
- der Versorgung durch die ambulante Pflege Katharina in Engen

1.

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse Versicherungsnr.

Pflegegrad nicht vorhanden PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Die Aufnahme im Pflegeheim ist aus ärztlicher Sicht erforderlich? ja nein

Der Patient ist mit der Aufnahme im Pflegeheim einverstanden? ja nein

2.

Benötigt der Patient Hilfe beim	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
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"/>
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"/>
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"/>
Essen?	<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"/>
Benutzen von Hilfsmitteln? (Rollstuhl, Rollator, Gehstöcke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnehmen der Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.

Ist der Patient	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls der Patient desorientiert ist, bitte die Besonderheiten beschreiben:

.....

.....

.....

Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Besteht eine motorische Unruhe?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

4.

Wie ist die Gemütsverfassung?

.....

.....

5.

Leidet der Patient unter einer psychischen Erkrankung?

Wenn ja, welcher Art

.....

.....

6.

Besteht eine Suchtkrankheit?

Wenn ja, welcher Art

.....
.....

7.

Ist der Patient inkontinent?

nein

ja

Harninkontinent

In welcher Form?

Stuhlinkontinent

In welcher Form?

Benötigt der Patient hierfür Hilfsmittel?

.....

8.

Besteht eine körperliche Behinderung?

nein

ja

In welcher Form?

.....

.....

Benötigt der Patient hierfür Hilfsmittel?

.....

9.

Ist der Patient bettlägerig?

nein

ja

seit wann?.....

Pflegedomizile Hegau GmbH

Außer-Ort-Straße 8a • 78234 Engen • Telefon +49.7733.360 49 0 • Fax +49.7733.360 49 599

kontakt@pflagedomizile-hegau.de

Amtsgericht Freiburg HRB 720092 • Geschäftsführer Maik Zlatanovic

12.

Welche Medikamente sind verordnet?

Medikament	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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztlicher Hinweis auf besonderen Pflegebedarf, z.B. Palliativpflege, Sauerstoffgabe, Trachealkanüle etc. oder auch herausforderndes Verhalten.

.....

.....

.....

.....,

Ort Datum

.....

Unterschrift des Arztes

Stempel Arztpraxis

Pflegedomizile Hegau GmbH

Außer-Ort-Straße 8a • 78234 Engen • Telefon +49.7733.360 49 0 • Fax +49.7733.360 49 599
 kontakt@pflegedomizile-hegau.de
 Amtsgericht Freiburg HRB 720092 • Geschäftsführer Maik Zlatanovic