



## Ärztlicher Fragebogen

zur Heimaufnahme in das Alten- und Pflegeheim – Haus St. Martin Pfeffenhausen

**Vor- und**

**Zuname:**.....**Geburtsdatum:**.....

**Anschrift:**.....

### Grunderkrankung/Diagnosen:

- Neurologische Krankheitsbilder:.....
- Stoffwechselerkrankungen:.....
- Gelenks- und Muskelerkrankungen:.....
- Herz – Kreislaufkrankungen:.....
- Magen – Darmerkrankungen:.....
- Uro - genitale Erkrankungen:.....

### Körperliche Behinderungen:

- Lähmungen:.....
- Versteifungen:.....
- Amputationen:.....

### Sinnesbehinderungen:

- Sehstörungen:.....
- Hörstörungen:.....
- Taktile Störungen:.....

### Geistig - seelische Behinderungen:

- Geistige Einschränkungen:.....
- Psychische Krankheiten:.....
- Veränderte Bewußtseinslage:.....

### Hilfebedarf:

	selbständig	mit Hilfe	vollständige Hilfe
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen/Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Brille (nah/fern)
- Hörgerät (links/rechts)
- Zahnprothese (unten/oben)

### Orientierung und Verhalten:

- Desorientierung:  zeitlich       räumlich       situativ       zur Person
- Auffälligkeiten:  Schreien/Rufen       Aggressivität/Mißmut       Motorische Unruhe       Depressionen
- Gefährdungen:  Selbstgefährdung       Fremdgefährdung       Weglaufgefahr       Suizidgefahr
- Schlafverhalten:  Einschlafstörungen       Durchschlafstörungen       Störungen Tag-Nacht-Rhythmus

### Mechanische Beschränkungen (genehmigt durch das Amtsgericht):

- Bettgitter       Bauchgurt       Vorsatztisch       Fixierung Arme/Beine

### Medikamentöse Therapie und Medikamenteneinnahme:

.....  
 .....

- Eingabe       Überwachung       Zerkleinerung       Ablehnung v. Medikamenten

### Mobilität und Mobilisation:

- Gehstock       Gehstützen       Rollator       Rollstuhl
- Krankengymnastik       Stehübungen       Gehübungen       Lehnstuhl

### Inkontinenz und Inkontinenzversorgung:

- Harninkontinenz       Stuhlinkontinenz       Dauerkatheter       Anus praeter
- Windeleinlagen       Urinflasche/Schüssel       Toilettenstuhl       Toilettentraining

### Ernährung und Ernährungszustand:

- Vollkost       Zuckerdiät       Leichte Kost       Nahrungssonde
- Übergewicht       Untergewicht       ißt ungenügend       trinkt ungenügend

### Erklärung zu Infektionskrankheiten:

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten nach § 48a (2) des Bundesseuchengesetzes  
 (auch TBC) ? .....

### Besonderheiten, Wunden, Allergien, etc.:

.....  
 .....

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Stempel, Unterschrift des Arztes