

Pflegeheim St. Elisabeth
Bahnhofstraße 104
86633 Neuburg/Donau
Tel. 08431-545378
Tel. 0843d1-614263



Ärztlicher Fragebogen *(vom Hausarzt auszufüllen)*

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

Diagnosen mit ICD-10 Code als Ausdruck anheften!

1. Name, Vorname:	Geburtsname:
2. Geburtsdatum:	
3. Medizinische Diagnosen: bitte Diagnosen Blatt mitgeben	
Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind bei o. g. Patient/in Allergien bekannt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
Liegen Suchterkrankungen vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
Frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc gemäß § 35 (5) Infektionsschutzgesetz? (zusätzlich beizulegen: ärztliche Bescheinigung, dass keine Anhaltspunkte für ansteckungsfähige Erkrankungen gemäß §§ 6, 7 Infektionsschutzgesetz-IfSG vorliegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn nein, welche? _____	
Ist der Patient MRSA/ MSA/ ORSA (Staphylococcus aureus) / ESBL Träger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Medikamente: aktuellen Medikamentenplan mitgeben	
5. Benötigt der / der Patient/in Hilfen beim	
	Nein Gelegentlich Häufig Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufstehen Bett/Stuhl	<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"/>
Waschen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<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"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Pflegeheim St. Elisabeth
Bahnhofstraße 104
86633 Neuburg/Donau
Tel. 08431-545378
Tel. 0843d1-614263



5. Ist o. g. Patient/in desorientiert zu:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Treffen folgende Aussagen bei o. g. Patient/in zu:

	trifft zu	trifft nicht zu
Tag-/Nachtumkehr, Laufftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständige Unruhe, Weglaufftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlegen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eindringen in fremde Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerstören von eigenem oder fremdem Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen in fremden Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Liegt eine

gerontopsychiatrische Erkrankung vor:

nein ja, folgende: _____

Demenzkrankung vor:

nein ja, folgende: _____

sonstige psychische Störung vor:

nein ja, folgende: _____

8. Ist o. g. Patient/in nach Ihrer Einschätzung voll geschäftsfähig?

ja nein

9. O. g. Patient/in benötigt fremde Hilfe in Form besonderer Überwachung zur Vermeidung eines Rückfalls oder Verschlechterung des

- Gesundheitszustandes in Form einer Anleitung zu Eigenaktivitäten und Selbstständigkeit
- in Form ständiger Aufsicht wegen Selbstgefährdung bzw. Fremdgefährdung

10. Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist erforderlich aufgrund:

- einer fehlenden Pflegeperson
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegeperson(en)
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung und Vereinsamung o. g. Patient/in
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des pflegebedürftigen

Pflegeheim St. Elisabeth
Bahnhofstraße 104
86633 Neuburg/Donau
Tel. 08431-545378
Tel. 0843d1-614263



räumlicher Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die die häusliche Pflege nicht ermöglichen

11. Angaben zum körperlichen Zustand:

Dauerhaft bettlägerig: nein ja, Grund: _____

Ernährungszustand: kachektisch normalgewichtig adipös

Flüssigkeitszustand: exikiert ausreichend Ödem Bildung

Ist Diät / Schonkost erforderlich? nein ja, Art: _____

Schluckstörungen: nein ja, Art: _____

Magensonde / PEG: nein ja, seit _____

Dekubitus/Wunde vorhanden: nein ja Körperstelle _____

Dauer-/Blasenkatheter: nein ja, Grund: _____

Stoma: nein ja, Grund: _____

Herzschriltmacher: nein ja, seit _____

Anfallsleiden: nein ja, Art: _____

Seheinschränkungen: nein ja, Art: _____

Höreinschränkungen: nein ja, Art: _____

Fixierung notwendig: nein ja, Art: _____

12. Handelt es sich um einen

vorübergehenden Zustand

dauerhaften Zustand

(aus ärztlicher Sicht genehmigt)

13. Bemerkungen bzw. Wünsche von o. g. Patient/in:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Unterschrift Patient/in