

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH  
"Seniorenzentrum Stadtweide"  
Am Richtfunkturn 1  
18059 Rostock  
Tel.: 0381/44036-0; Fax: 0381/44036-265

Eingangsvermerke des Heimes:

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name, Geburtsname: \_\_\_\_\_
2. Vornamen: \_\_\_\_\_
3. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
4. Pflegegrad: \_\_\_\_\_
5. kann (sich) der Patient:

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	häufig eingeschränkt	dauerhaft eingeschränkt
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 aus dem Bett / zu Bett gehen	<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"/>
trinken	<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- und 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"/>
die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ist der Patient:

	ja	gelegentlich	häufig	nein
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"/>
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet (besteht eine Hinlauftendenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Liegt Inkontinenz vor:

	ja	gelegentlich	häufig	nein
Haminkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

\_\_\_\_\_

9. Verhaltensauffälligkeiten

a. Eigengefährdung:  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

b. Fremdgefährdung:  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

10. Suchtkrankheit  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

11. Diagnose(n): \_\_\_\_\_

a. pflegeerschwerende Faktoren  PEG  chronische Wunden  
 Tracheostoma  Anus praeter  
 Beatmung  DK  
 O<sub>2</sub>-Gabe  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

12. Schmerzanamnese - Liegen Schmerzen vor?  nein  ja:  akut  chronisch  
 stabil  instabil

a. Schmerzlokalisation: \_\_\_\_\_

13. Allergien / Unverträglichkeiten:  
 \_\_\_\_\_

14. Medikamente  nein  ja, welche?

Name des Medikamentes	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"/>

15. Hat der Patient ansteckende Krankheiten nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz, wie:

	nein	ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerausscheider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA/ESBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scabies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Infektionskrankheiten wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Ist Diät / Schonkost erforderlich (Kau- und Schluckstörungen)?  nein  ja, welche?

\_\_\_\_\_

17. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Stempel und Unterschrift des Arztes