

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
 Pflegewohnen "Am Wasserturm"
 Blücherstraße 32a
 18055 Rostock
 Tel.: 0381/877065-20; Fax: 0381/877065-40

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
Harninkontinenz	<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): _____

- 11 a. pflegeerschwerende Faktoren
- PEG chronische Wunden
- Tracheostoma Anus praeter
- Beatmung DK
- O₂-Gabe
- sonstiges: _____

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

a. Schmerzlokalisierung: _____

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 der Patient gegen COVID-19 geimpft? ja nein

1. Impfung	Datum:	Impfstoff:
2. Impfung	Datum:	Impfstoff:
3. Impfung	Datum:	Impfstoff:
4. Impfung	Datum:	Impfstoff:

Genesenennachweis liegt vor nein ja

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

18. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes