

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
 Pfl egewohnen "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. Gewicht: _____ Größe: _____
6. 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"/>

7. Ist der Patient:

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	häufig eingeschränkt	dauerhaft eingeschränkt
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"/>

8. 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"/>

9. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

10. Verhaltensauffälligkeiten

- a. Eigengefährdung: nein ja, welche? _____
- b. Fremdgefährdung: nein ja, welche? _____
- c. nächtliche Unruhe nein ja
- d. Hinlauftendenz nein ja

11. Suchtkrankheit nein ja, welche? _____

12. Diagnose(n): _____

- 12 a. pfleegerschwerende Faktoren
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> chronische Wunden |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Anus praeter |
| <input type="checkbox"/> Beatmung | <input type="checkbox"/> DK |
| <input type="checkbox"/> O ₂ -Gabe | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | |

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

a. Schmerzlokalisierung: _____

14. Allergien / Unverträglichkeiten: _____

15. 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"/>

16. 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"/>

17. 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

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

19. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes