

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. 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

 PEG chronische Wunden Tracheostoma Anus praeter Beatmung DK O<sub>2</sub>-Gabe 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  ja18. Ist Diät / Schonkost erforderlich  nein ja, welche?

(Kau- und Schluckstörungen)?

19. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_

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

Stempel und Unterschrift des Arztes