

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
 "Alternative Wohnose"
 Rügener Str. 1
 18107 Rostock
 Tel.: 0381/712049; Fax: 0381/7696697

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. Vorname(n): _____
3. Geburtsdatum: _____
4. Pflegegrad: _____
5. Gewicht: _____ 6. Größe: _____
7. aktueller Hausarzt: _____
8. 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"/> |

9. 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"/> |

10. 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"/> |

11. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

12. Verhaltensauffälligkeiten

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

13. Suchtkrankheit: nein ja, welche? _____

14. Diagnose(n): _____

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

15. Schmerzanamnese: – Liegen Schmerzen vor?

nein ja: akut chronisch stabil instabil

a. Schmerzlokalisierung: _____

16. Allergien/Unverträglichkeiten:

17. 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"/> |

18. 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche? | | |

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

20. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes