

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH  
 Pflegeheim "Haus am Bodden"  
 Musikantenweg 3  
 18311 Ribnitz-Damgarten  
 Tel.: 03821/8720-00; Fax: 03821/8720-35

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  
 O<sub>2</sub>-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