



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. 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