AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
Pflegewohnen "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. 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	☐	☐	☐	☐
Treppen steigen	☐	☐	☐	☐
aufstehen aus dem Bett/zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐
essen	☐	☐	☐	☐
trinken	☐	☐	☐	☐
waschen	☐	☐	☐	☐
an- und auskleiden	☐	☐	☐	☐
frisieren/rasieren	☐	☐	☐	☐
die Toilette benutzen	☐	☐	☐	☐

9. Ist der Patient:

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	häufig eingeschränkt	dauerhaft eingeschränkt
zeitlich orientiert	☐	☐	☐	☐
örtlich orientiert	☐	☐	☐	☐
persönlich orientiert	☐	☐	☐	☐
situativ orientiert	☐	☐	☐	☐

10. Liegt Inkontinenz vor:

	ja	gelegentlich	häufig	nein
Harninkontinenz	☐	☐	☐	☐
Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐	☐

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 ☐ palliative Versorgung/SAPV

☐ O_2-Gabe ☐ sonstiges: _____

15. Schmerzanamnese: – Liegen Schmerzen vor?

☐ nein ☐ ja: ☐ akut ☐ chronisch ☐ stabil ☐ instabil

a. Schmerzlokalisation: _____

16. Allergien/Unverträglichkeiten:

_____

17. Medikamente: ☐ nein ☐ ja, welche?

Name des Medikamentes	morgens	mittags	abends	nachts
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

18. Hat der Patient ansteckende Krankheiten nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz, wie:

	nein	ja
Tuberkulose	☐	☐
Dauerausscheider	☐	☐
MRSA/ESBL	☐	☐
Scabies	☐	☐
sonstige Infektionskrankheiten	☐	☐
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