

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	☐	☐	☐	☐
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
☐ 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
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

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