



Ärztlicher Fragebogen

Heimeinzug Kurzzeitpflege Tagespflege

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen und zusammen mit den Anmeldebogen einreichen.
Herzlichen Dank.

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: ____-____-____

Diagnosen: _____

Psychische Erkrankungen: nein
 Demenz (Ergebnis MMS-Test, falls bekannt: _____ Punkte)
 Sonstige, und zwar:

Regelmäßige Impfungen erwünscht? ja
 welche Impfungen
 Covid (Auffrischimpfungen)
 Gripeschutzimpfungen
 sonstige:
 nein

Ansteckende Erkrankungen: nein
 ja, und zwar: _____

MRSA: nein
 ja, Art/Lokalisation

Anhaltspunkte für eine ansteckende Lungenerkrankung: nein
 ja



Allergien/Unverträglichkeiten:

ja, und zwar: _____
 nein

Hörbeeinträchtigungen: nein leicht schwer

Sprachbeeinträchtigungen: nein leicht schwer

Sehbeeinträchtigungen: nein leicht schwer

Schluckbeschwerden: nein leicht schwer

Kontrakturen nein
 ja, und zwar: _____

Dekubiti: nein
 ja, Ort/Grad/Größe/Behandlung: _____

Wunden: nein
 ja, und zwar: _____

Schmerzen: nein
 ja, und zwar: _____

Körpergewicht: _____kg Körpergröße: _____cm

Täglicher Hilfebedarf in Form der Beaufsichtigung oder Anleitung (B/A), Unterstützung (U) oder vollständige Übernahme (V):

Hilfe bei der Körperpflege erforderlich:

	nein	B/A	U	T	V		nein	zeitweise	dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Duschen	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Baden	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>		nein	ja					
Kämmen	<input type="checkbox"/>	Katheterpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Rasieren	<input type="checkbox"/>	Stomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					



Hilfe bei der Ernährung:

	nein	B/A	U	T	V
Mundgerechte Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>				
Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>				

Sonde nein
 ja, und zwar:

Ist eine besondere Ernährung erforderlich: nein
 ja, und zwar:

Hilfe bei der Mobilität:

	nein	B/A	U	T	V
Aufstehen/ Zubettgehen	<input type="checkbox"/>				
Ankleiden, Auskleiden	<input type="checkbox"/>				
Umlagern	<input type="checkbox"/>				
Gehen	<input type="checkbox"/>				
Stehen	<input type="checkbox"/>				
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>				
Verlassen des Hauses	<input type="checkbox"/>				

Liegt eine Bettlägerigkeit vor? nein ja

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? nein
 ja, und zwar:

Eigene Hilfsmittel ? nein ja
Bereits vorhanden? nein ja

Bereits verordnet? nein ja



Orientierung :

Ruhen/ Schlafen:

	vorhanden	fehlt teilweise	fehlt dauernd		nein	zeitweise	dauernd
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tags unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Hinlauftendenz nein ja

Weitere Besonderheiten:

Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit Unterschrift des Arztes bei.

Datum: ____ . ____ . ____

Unterschrift des Arztes / Praxisstempel