

An

**Oberlausitz Pflegeheim &
Kurzzeitpflege gGmbH**

Seniorenwohnhaus
Belmsdorfer Straße 43 01877 Bischofswerda
Tel.: 03594 759-0 Fax: 03594 759-111

Eingangsvermerke

Aktenzeichen/Kunden-Nr.

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

| | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| 1. Familienname, Vorname (n) (ggf. auch den Geburtsnamen) | | | |
| 2. Geburtsdatum | | | |
| 3. Ist Patient gehfähig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 4. Treppensteigen möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 5. Ist Patient häufig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 6. Ständig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 7. Beherrschung d. Stuhlgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 8. Beherrschung d. Urinabgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 9. Fremder Hilfe bedürftig? | <input type="checkbox"/> beim Essen | <input type="checkbox"/> beim Waschen | |
| | <input type="checkbox"/> beim Ankleiden | <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren | |
| | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe | |
| | <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> bei | |
| 10. Örtlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 11. Zur Person orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 12. Zeitlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 13. Zur Situation orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 14. Nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 15. Gemütsstimmung? | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> verdrießlich |
| 16. Gefährliche Eigenschaften? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |
| 17. Suchtkrankheit? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |
| 18. Körperliche Behinderung(en)? - Art - | | | |
| 19. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art - | | | |

| | |
|--|--|
| <p>20. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten?</p> <p>auch in Bezug auf das Infektionsschutzgesetz §36 Abs.4 (bitte genau bezeichnen *)</p> | <p>(z.B. TBC, ESBL, MRSA, Scabies, 4 MRGN, Clostridien)</p> <p>Letzte Röntgenaufnahme:</p> |
|--|--|

*) aufgrund einer Röntgenaufnahme, die nicht älter als 3 Monate ist.

| | |
|--|---|
| <p>21. Diagnose</p> | |
| <p>22. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</p> | |
| <p>23. Ist Diät/Schonkost erforderlich?</p> | <p><input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> |
| <p>24. Kau- und Schluckbeschwerden</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> |
| <p>25. Allergien/Unverträglichkeiten</p> | <p><input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> |
| <p>24. Hinweise, Bemerkungen des Arztes</p> | |

| | |
|-------------------|--|
| <p>Ort, Datum</p> | <p>Stempel und Unterschrift des Arztes</p> |
|-------------------|--|