

Ärztlicher Fragebogen / Pflegeüberleitungsbogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name:
Geboren am:
Anschrift:

Kontaktperson / Zugehörigkeit:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Betreuung: ☐ Ja ☐ Nein

Vorsorgevollmacht ☐ Ja ☐ Nein

Name/n:

Tel. – Nr.:

Krankenkasse: _____ Rezeptgebührenbefreiung: ☐ Ja ☐ Nein

Diagnosen (einschl. Suchterkrankungen):

Ansteckende Krankheiten (vermutet / vorliegend):

Besondere Medikamentenverordnung:
(bitte Verordnungsplan beifügen)

Speise-Vorschriften / -Empfehlungen (ggf. Attest beifügen):

Besondere Probleme (z.B. Unverträglichkeiten):

Psychischer Zustand:

- ☐ Ohne Besonderheiten
- ☐ Desorientiertheit
 - ☐ zeitlich ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd
 - ☐ örtlich ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd
 - ☐ persönlich ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd
 - ☐ situativ ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd
 - ☐ Verwirrtheit / Unruhe ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd
 - ☐ eher am Tage ☐ eher in der Nacht
- ☐ Apathie / Antriebslosigkeit
- ☐ Sonstiges:

Physischer Zustand:

- ☐ Sturzrisiko ☐ gering ☐ hoch ☐ sehr hoch
- ☐ Bettlägerigkeit ☐ selten ☐ häufig ☐ überwiegend ☐ ständig
- ☐ Dekubitusgefahr ☐ gering ☐ hoch ☐ sehr hoch
- ☐ Dekubitusgefahr Lokalisation: _____ Größe: _____
- ☐ Urininkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz
- ☐ Paresen / Lähmungen: welche?
- ☐ Sprachstörungen: welcher Art?
- ☐ Schluckstörung: Ursache?
- ☐ Sonstiges, z.B. Suchtkrankheit:
- ☐ Ansteckende Krankheiten (z.B. TBC):

Hilfe nötig bei:	Vorhandene Hilfsmittel:
☐ Gehen auf ebenem Boden	☐ Stützstrümpfe
☐ Treppensteigen	☐ Gehhilfe
☐ Aufstehen / Zubettgehen	☐ Rollstuhl
☐ An- / Auskleiden	☐ Zahnprothese
☐ Waschen / Duschen / Baden	☐ Andere Prothese
☐ Zahnpflege	☐ Hörgerät
☐ Haarpflege / Rasieren	☐ Rechts
☐ Nagelpflege	☐ Links
☐ Zubereitung von Mahlzeiten	☐ Weitere benötigte Hilfsmittel
☐ Einnahme von Mahlzeiten	
☐ Benutzung des WC	
☐ Hauswirtschaftlichen Verrichtungen	

Bescheinigung der Heimpflegebedürftigkeit:

Die Aufnahme in die stationäre Einrichtung ist aus

☐ körperlichen ☐ geistig – seelischen Gründen notwendig.

Dieses Gutachten basiert auf einer persönlichen Untersuchung des aufzunehmenden

Patienten am: _____

Ort: _____

Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes