



Caritasheim St. Elisabeth
 Heidelberger Straße 50
 64625 Bensheim
 Tel.: 06251-1080-0
 Fax.: 06251-1080-80
 E-Mail: ch.bensheim@caritas-bergstrasse.de



Ärztlicher Fragebogen anlässlich einer Heimaufnahme/ Kurzzeitpflege

Name Vorname:
 Geburtsdatum:

Körperlicher Zustand/Krankheiten:

Diagnosen:

.....

Dauermedikation: alternativ aktuellen Medikamentenplan beilegen

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	nachts

Bedarfsmedikation: bitte mit Indikation und Maximaldosis in 24h

.....

Körpergröße:cm

Körpergewicht:kg

Dekubitus/ chronische Wunden?

nein ja:

Kontraktur?

nein ja:

Bestehen Suchtkrankheiten?

nein ja:

Liegen psychische Störungen vor?

nein ja:

Hat der Patient einen Herzschrittmacher?

nein ja

Erhält der Patient blutverdünnende Medikamente?

nein ja

Liegen Allergien vor?

nein ja

Ist der Patient an Diabetes mellitus erkrankt?

Nein Ja
 insulinpflichtig oral eingestellt

Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich

Nein Ja:

Hilfsmittel

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät rechts | <input type="checkbox"/> Hörgerät links |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Gehilfe |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

Ansteckende Krankheiten:

Auszug aus dem §36(4) Infektionsschutzgesetz: Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtungen nach §1, Absatz 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden soll, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

- Ist der Patient nach §36(4) IfSG frei von ansteckungsfähigen TBC? Ja Nein
- Ist der Patient frei von MRGN3/MRGN4? Ja Nein, wo:
- Ist der Patient frei von MRSA? Ja Nein, wo:
- Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Krankheiten? Ja Nein, welche?

Bewusstsein/ Kommunikation:

- Orientierungsstörungen: zeitlich örtlich persönlich situativ
- Patient: wach ansprechbar wird sediert
- Artikulations-/ Sprachstörungen: nein ja:
- Störung des Tag/Nachtrhythmus: nein ja:

Mobilität

- Sitzen: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig
- Gehen/Stehten: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig
- Bett aufsuchen/ verlassen: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig
- Umlagern im Bett: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig
- dauerhaft bettlägerig: ja nein
- Ist der Patient sturzgefährdet: ja nein

Vitalfunktionen

- Atmung: spontan Sauerstoffgabe Inhalation Absaugen erforderlich
- Blutdruck: Puls:

Körperpflege

- Waschen: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig
- Mundhygiene: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig
- Intimpflege: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Essen und Trinken

- Kostform: Trinkmenge pro Tag: ml
- Sonde: nein ja Sondennahrung: Flussrate.....ml/h
- Schluckstörung: nein ja
- Ernährungszustand: gut kachektisch adipös
- Flüssigkeitsaufnahme: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig
- Nahrungsaufnahme: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig

Ausscheidungen

- Toilettennutzung: Selbstständig teilweise selbstständig unselbstständig
- Harninkontinenz: ja nein Blasenverweilkatheter: nein ja
- Stuhlinkontinenz: ja nein Suprapubisch transurethral

Besondere Anmerkungen:

Ort und Datum

Anschrift, Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin