

Ärztlicher Fragebogen

Anmeldung zur Heimaufnahme

Marienhaus Malsch

Amtfeldstraße 19, 76316 Malsch

Tel.: 07246 – 708 - 0

Fax.:07246 – 708 - 2199

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Ärztinnen und Ärzte, die Fragestellungen dieses Fragebogens mögen Ihnen teilweise ungewöhnlich oder zu ausführlich erscheinen. Wir benötigen die Antworten jedoch als Grundlage für eine Pflege bzw. Betreuung in der von uns angestrebten hohen Qualität. Im Interesse Ihrer Patienten bitten wir deshalb um Ihr Verständnis und um möglichst vollständige Bearbeitung des Fragebogens.

Vielen Dank!

Mobilisation:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> geht allein | <input type="checkbox"/> Treppen allein |
| <input type="checkbox"/> geht in Begleitung | <input type="checkbox"/> Treppen steigen in Begleitung |
| <input type="checkbox"/> benutzt Rollator ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> benutzt Rollator mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> benutzt Rollstuhl ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> benutzt Rollstuhl mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | |
| <input type="checkbox"/> benötigt folgende Gehhilfe | _____ |

Bitte beschreiben Sie die sich für den Heimaufenthalt ergebenden Probleme im Bereich der Mobilisation:

Orientierung:

- Örtlich:** keine Auffälligkeiten zeitweise Probleme dauerhaft desorientiert
- Hinlauftendenz

Ärztlicher Fragebogen

Anmeldung zur Heimaufnahme

Wie wirkt sich die örtliche Desorientierung noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen?

zeitlich: keine Auffälligkeiten zeitweise Probleme dauerhaft desorientiert

Wie wirkt sich die zeitliche Desorientierung noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen?

persönlich: keine Auffälligkeiten zeitweise Probleme dauerhaft desorientiert

 Hinlauftendenz

Wie wirkt sich die persönliche Desorientierung noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen?

Nachtruhe: schläft durch zeitweise nächtliche Unruhe permanente nächtliche Unruhe

Ärztlicher Fragebogen

Anmeldung zur Heimaufnahme

Was können wir tun, um die Nachtruhe zu unterstützen, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen? Schlafgewohnheiten?

Stimmung, soziale Besonderheiten:

Falls Besonderheiten vorliegen, beschreiben Sie diese bitte, insbesondere im Hinblick auf Verhalten im Umfeld, was sollten wir für unsere Arbeit berücksichtigen:

Wie reagiert Ihr Patient/Ihre Patientin auf Veränderungen im Bereich der Umwelt und der Familie:

Kontinenz:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> harninkontinent | <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent |
| <input type="checkbox"/> BDK | <input type="checkbox"/> suprapubischer DK |

Wie kann die Patientin / der Patient im Bereich der Kontinenz noch unterstützt werden? Was sollte in Bezug auf Kontinenz beachtet werden?

Ärztlicher Fragebogen

Anmeldung zur Heimaufnahme

Sind Suchterkrankungen bekannt?

nicht bekannt

Ja, sie werden im Folgenden beschrieben, Empfehlungen für den Umgang:

Hat Ihr/e Patient/in körperliche Behinderungen / Einschränkungen?

nicht bekannt

Ja, sie werden im Folgenden beschrieben und stellen sich so dar:

Leidet Ihr/e Patient/in unter psychiatrischen Erkrankungen bzw. Krankheitsfolgen?

nicht bekannt

Ja, sie werden im Folgenden beschrieben (inkl. Diagnose), eine fachärztliche Weiterbehandlung wird empfohlen?

ja

Nein

Ärztlicher Fragebogen

Anmeldung zur Heimaufnahme

Liegen ansteckende Krankheiten vor?

- nicht bekannt Ja, sie werden im Folgenden beschrieben:

Bitte berichten Sie uns von den Vorerkrankungen und Diagnosen Ihres Patienten und welche Konsequenzen sich daraus für den Aufenthalt in unserem Hause ergeben:

Diagnosen:

Hilfebedarf wird notwendig in folgenden Bereichen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Körperpflege |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden | <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett |
| <input type="checkbox"/> Frisieren und Rasieren | <input type="checkbox"/> Lagern in der Nacht |
| <input type="checkbox"/> Benutzung der Toilette | |

Ärztlicher Fragebogen

Anmeldung zur Heimaufnahme

Welche Medikamente sind aktuell verordnet?

Medikamentenplan beiliegend (bitte mit Praxisstempel und Unterschrift)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Risikoerfassung:

Liegt eines oder mehrere der folgenden Risiken vor?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung | <input type="checkbox"/> Schmerzen, chron. oder akut |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Wunden, chronische Wunden |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Kontrakturen | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Sturz | |

Anmerkungen und weitere wichtige Informationen:

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Stempel: