



## 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 Fragestellung dieses Fragebogens mag 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:

- |   |                                |   |                               |
|---|--------------------------------|---|-------------------------------|
| € | geht allein                    | € | Treppen allein                |
| € | geht in Begleitung             | € | Treppen steigen in Begleitung |
| € | gebraucht Rollator ohne Hilfe  | € | gebraucht Rollator mit Hilfe  |
| € | gebraucht Rollstuhl ohne Hilfe | € | gebraucht Rollstuhl mit Hilfe |
| € | bettlägerig                    |   |                               |
| € | benötigt folgende Gehhilfe:    |   |                               |

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

---

---

---

### Orientierung:

- |                |   |                                       |   |   |   |  |
|----------------|---|---------------------------------------|---|---|---|--|
| <b>örtlich</b> | € | Es sind keine Auffälligkeiten bekannt | € | Zeitweise treten Probleme in der örtlichen Orientierung auf | € | Die Bewerberin / der Bewerber ist dauernd örtlich desorientiert. |
|                | € | Hinlauftendenz                        |   |   |   |  |



## Ärztlicher Fragebogen

### Anmeldung zur Heimaufnahme

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

---

---

---

#### Zeitlich

€

Es sind keine Auffälligkeiten bekannt

€

Zeitweise treten Probleme in der zeitlichen Orientierung auf

€

Die Bewerberin / der Bewerber ist dauernd zeitlich desorientiert.

Wie wirkt sich die zeitliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

---

---

---

#### persönlich

€

Es sind keine Auffälligkeiten bekannt

€

Zeitweise treten Probleme in der zeitlichen Orientierung auf

€

Die Bewerberin / der Bewerber ist dauernd örtlich desorientiert.

€

Hinlauftendenz

Wie wirkt sich die persönliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

---

---

---

#### Nachtruhe

€

schläft durch

€

steht in manchen Nächten auf

€

kann des Nachts keine Ruhe finden.



## 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:

€ harninkontinent

€ stuhlinkontinent

€ BDK

€ suprapubischer DK

Wie kann die Bewerberin / der Bewerber im Bereich der Kontinenz 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,  
Empfehlung 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 Patient 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:

€ Essen

€ Körperpflege

€ Ankleiden

€ Aufstehen aus dem Bett

€ Frisieren und Rasieren

€ Lagern in der Nacht

€ Benutzen der Toilette

---

---



## Ärztlicher Fragebogen

### Anmeldung zur Heimaufnahme

Welche Medikamente sind derzeit verordnet:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

### Risikoerfassung:

liegen folgende Risiken vor?

- |   |                          |   |                                 |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|
| € | Mangelernährung          | € | Schmerzen, chronische Schmerzen |
| € | Dekubitusgefahr          | € | Wunden, chronische Wunden       |
| € | Bewegungseinschränkungen | € | Inkontinenz                     |
| € | Kontrakturgefahr         | € | Demenz                          |
| € | Sturzgefahr              | € | Verlegungsproblematik           |

### Anmerkungen und weitere wichtige Informationen:

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel: