

F. 220 Ärztlicher Fragebogen

zur Heimaufnahme

1. Vor und Zuname

Geburtsdatum _____

2. Anhaltspunkte für ansteckende Krankheiten

TBC ja nein

MRSA ja nein

ESBL ja nein

Sonstige Krankheiten nach Inf.schutzgesetz (36, Abs. 4) ja nein

3. Diagnosen (mit ICD) _____

—

4. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche?) _____

5. Sind Allergien vorhanden? nein ja , wenn ja,
welche? _____

6. Medikamente (bitte Verordnungsplan beifügen) _____

Erstellt	Freigabe	Änderungsstatus	Datum	
EL/PDL	EL/PDL	0	13.05.2022	

7. Kommunikation

Orientierungsvermögen	ja	zeitweise	nein		ungestört	eingeschränkt
zeitlich orientiert				Hörvermögen		
örtlich orientiert				Sprachvermögen		
zur Person orientiert				Sehvermögen		
situativ orientiert						

8. psychische Situation

Normal euphorisch hyperaktiv ängstlich aufgeregt hysterisch
 depressiv

Nächtliche Unruhezustände: nein gelegentlich häufig dauernd

9. Wunden

nein

ja , wenn ja, welcher Art?

Spezielle Wundversorgung? _____

10. Schmerzen

Bestehen chronische Schmerzen? ja nein

Wenn ja, bitte Behandlungsplan beifügen oder Schmerztherapeuten angeben.

Ort: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Erstellt	Freigabe	Änderungsstatus	Datum	
EL/PDL	EL/PDL	0	13.05.2022	

Pflegerische Anamnese

(Kann auch von einer Pflegeperson ausgefüllt werden)

13. Ernährung

Ernährungszustand gut kachektisch adipös exsikkiert

Empfohlene Trinkmenge _____ ml/Tag

Empfohlener Kalorienbedarf _____ kcal/Tag

fehlende eingeschränkte Fähigkeit zur ausreichenden Flüssigkeitsversorgung

14. Ausscheidungen

Stuhlgang: normal regelmäßig ; neigt zu: Durchfall Verstopfung

Stuhlinkontinenz: nein gelegentlich ja

Harninkontinenz: nein gelegentlich ja

Blasenkatheter Anuspraeter

15 Mobilität	Ohne Hilfe	Mit Anleitung	Benötigt Hilfe	Bemerkungen
Gehen				
Treppen steigen				
Gang zur Toilette				
Gehhilfen				
Rollstuhl				
Sitzen im Stuhl				
Drehen im Bett				
Aufsuchen/Verlassen Des Bettes				

Erstellt	Freigabe	Änderungsstatus	Datum	
EL/PDL	EL/PDL	0	13.05.2022	

16. Körperpflege	Ohne Hilfe	Mit Anleitung	Benötigt Hilfe	Bemerkungen
Bad/Dusche				
Waschen				

17. Haut				
Hautzustand	<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> schuppig
Hautschäden	<input type="checkbox"/> Hämatom	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Pergamenthaut

18. Hinweise und Bemerkungen

Ort: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift der Pflegeperson

Erstellt	Freigabe	Änderungsstatus	Datum	
EL/PDL	EL/PDL	0	13.05.2022	