

Ärztlicher Fragebogen

Für die Anmeldung zur

Pflegeheimaufnahme Kurzzeitpflege

im Katharinenstift Sinsheim

Bitte von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ausfüllen lassen und zusammen mit dem Anmeldebogen einreichen. **Danke!**

Persönliche Angabe:

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Hauptdiagnosen:

Weitere Diagnosen und Symptome:

Psychische Erkrankung nein ja, welche _____

Ansteckende Krankheit nein ja, welche _____

Anhaltspunkte für eine ansteckende Lungentuberkulose nein ja, welche _____

MRSA nein ja _____

Allergie nein ja, welche _____

Hörbehinderung nein leicht schwere _____

Sprachstörung nein leicht schwere _____

Dekubitus nein ja, wo _____

Sehbehinderung nein leicht schwere _____

Schluckstörung nein leicht schwere _____

Kontrakturen nein ja, wo _____

Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____

Täglicher Hilfebedarf:

in Form der (B/A) Beaufsichtigung oder Anleitung, (U) Unterstützung, (TÜ) teilweisen Übernahme, (VÜ) vollständigen Übernahme

Hilfe bei der Körperpflege

erforderlich:

	nein	B/A	U	TÜ	VÜ
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	zeitweise	dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nein	ja	
Katheterpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wir machen uns
stark für Andere!

Hilfe bei der Ernährung:	nein	B/A	U	TÜ	VÜ	
Mundgerechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonde <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine besondere Ernährung erforderlich
Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____

Hilfe bei der Mobilität:	nein	B/A	U	TÜ	VÜ	
Aufstehen, Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt eine Bettlägerigkeit vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ankleiden, Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Werden Pflegehilfsmittel benötigt?
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bereits vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bereits verordnet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verlassen des Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Orientierung:	vorhanden	fehlt teilweise	fehlt dauernd	Hilfsmittel?
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch unklar
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____
in der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ruhe/Schlaf:	nein	zeitweise	dauernd	
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tags unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

Diagnosen:

Datum _____ Unterschrift der Ärztin oder des Arztes _____