

**Ärztlicher Fragebogen / Pflegeüberleitungsbogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme**

|                       |
|-----------------------|
| <b>Name:</b>          |
| <b>Geboren am:</b>    |
| <b>Anschrift:</b>     |
| <b>Telefon – Nr.:</b> |

Patient lebt  allein  bei Angehörigen  bereits im Heim

**Kontaktperson / Zugehörigkeit:**

**Name:**

**Anschrift:**

**Telefon:**

**Betreuung:**  Ja  nein

**Name/n:**

**Vorsorgevollmacht**  ja  nein

**Tel. – Nr.:**

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Rezeptgebührenbefreiung:**  ja  nein

**Diagnose (einschl. Suchterkrankungen):**

---

---

---

**Medikamentenverordnung:**

**Speise-Vorschriften / -Empfehlungen (ggf. Attest beifügen):**

**Besondere Probleme (z.B. Unverträglichkeiten):**

**Psychischer Zustand:**

ohne Besonderheiten

Desorientiertheit

zeitlich

örtlich

persönlich

situativ

Verwirrtheit / Unruhe

gelegentlich

eher am Tage

Apathie / Antriebslosigkeit

Sonstiges:

gelegentlich

häufig

eher in der Nacht

häufig

dauernd

dauernd

### Physischer Zustand:

- Sturzrisiko**                       gering             hoch             sehr hoch
- Bettlägerigkeit**                 selten             häufig             Überwiegend             ständig
- Dekubitusgefahr**                 gering             hoch             sehr hoch

**Dekubitalgeschwüre:**      Lokalisation: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Urininkontinenz                       Stuhlinkontinenz

Paresen / Lähmungen: welche?

Sprachstörungen: welcher Art?

Schluckstörung: Ursache?

Sonstiges, z. B. Suchtkrankheit:

**ansteckende Krankheiten (z.B. TBC):**

| <b>MRSA</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>ORSA</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Hilfe nötig bei:</u> | <u>Vorhandene Hilfsmittel:</u>                          |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden   | <input type="checkbox"/> Stützstrümpfe                  |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen   | <input type="checkbox"/> Gehhilfe                       |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen / Zubettgehen  | <input type="checkbox"/> Rollstuhl                      |
| <input type="checkbox"/> An- / Auskleiden   | <input type="checkbox"/> Zahnprothese                   |
| <input type="checkbox"/> Waschen / Duschen / Baden  | <input type="checkbox"/> andere Prothese                |
| <input type="checkbox"/> Zahnpflege   | <input type="checkbox"/> Hörgerät                       |
| <input type="checkbox"/> Haarpflege / Rasieren  | <input type="checkbox"/> rechts                         |
| <input type="checkbox"/> Nagelpflege  | <input type="checkbox"/> links                          |
| <input type="checkbox"/> Zubereitung von Mahlzeiten   | <input type="checkbox"/> Weitere benötigte Hilfsmittel: |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Mahlzeiten  |   |
| <input type="checkbox"/> Benutzung des WC   |   |
| <input type="checkbox"/> hauswirtschaftlichen Verrichtungen   |   |

### Bescheinigung der Heimpflegebedürftigkeit:

Die Aufnahme in die stationäre Einrichtung ist aus

- körperlichen                                       geistig-seelischen Gründen notwendig.

Dieses Gutachten basiert auf einer persönlichen Untersuchung des aufzunehmenden

Patienten am: \_\_\_\_\_

Ort:

Datum:

\_\_\_\_\_  
**Stempel / Unterschrift des Arztes**