

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP

Einrichtung: _____ Eingangsvermerk der Einrichtung: _____

1. Name, Vorname	_____	Geburtsname	_____
2. Geburtsdatum	_____		
3. Pflegegrad (SGB XI)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag Begutachtung ist gestellt		
4. Hilfebedarfsgruppe (Eingliederungshilfe)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Zwischenangebot <input type="checkbox"/> Sonderkostensatz <input type="checkbox"/> nein		
5. Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> nein		
6. Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
7. Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> vollständige Immobilität		
8. Ausscheidung	Harnkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stuhlkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. Hilfebedarf	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei: _____		
10. verordnete Hilfsmittel	_____		
11. örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise		
12. zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise		
13. nachts ruhig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise		
14. Gemütsstimmung	_____		
15. gefährliche Eigenschaften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise		
	Wenn ja oder zeitweise , welche: _____ _____		
16. Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> nein		
17. Körperliche Behinderungen	Art _____ _____		
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung	Art _____ _____		
19. Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Wenn nein , welche: _____ _____		
20. Ist der/die Patient/in nachweislich frei von Multiresistenten Erregern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt		
	Wenn nein , welche: _____ _____		
21. Impfstatus	Covid 19 _____		
	Tetanus	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> nein
	Pneumokokken	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> nein
	Gripeschutz	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> nein
	_____	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> nein
	_____	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> nein

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP

22. Diagnosen mit ICD 10 - Code und Datum	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>														
23. aktuelle Medikation	<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Stärke <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Dosierung <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						
<input type="checkbox"/> Dauermedikation <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Stärke <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Dosierung <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>							
<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation mit Stärke <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Grund der Indikation <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Einzeldosis <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Tageshöchstdosis <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			
<input type="checkbox"/> Verbände / sonstige ärztliche Verordnungen <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>															
24. angeordnete Diät / notwendige Kostform	<input type="checkbox"/> ja, welche: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> Sondenkost <input type="checkbox"/> nein aktuelles Gewicht: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>														
25. bestehende Facharztbehandlung/en	Fachgebiet: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Name Facharzt/Fachärztin: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>														
	Fachgebiet: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Name Facharzt/Fachärztin: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>														
Fachgebiet: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Name Facharzt/Fachärztin: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>															
Fachgebiet: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> Name Facharzt/Fachärztin: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>															

Der ärztliche Fragebogen darf am Einzugstag nicht älter als 14 Tage sein.

--

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der Arztes/Ärztin