

**Ärztlicher Fragebogen
anlässlich der Anmeldung zur
HEIMAUFNAHME**

- Altenheim St. Barbara**
Elisabethstraße 40, 47178 Duisburg
- Elisabeth Groß Haus**
Josefstraße 15, 47178 Duisburg

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____ PLZ und Ort _____

Name des Krankenhauses, falls zurzeit stationär _____

Somatische und psychiatrische Erkrankungen,
die die Selbständigkeit so weit einschränken, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt:

1. _____
2. _____
3. _____

Besondere Hinweise:

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus Antiepileptikatherapie Antikoagulationstherapie

Allergien: _____ Implantate: _____

Ansteckende Krankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz: ja nein

Zutreffendes bitte für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegend personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperbezogene Maßnahmen	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegend personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Waschen vorderer Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen Intimbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden Ober-/Unterkörper, Haare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegend personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung parenteral / PEG / PEJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte nähere Angaben zur Ernähr. parenteral / PEG / PEJ				
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung einer Toilette oder eines Toilettensuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz / Umgang mit Dauerkatheter oder Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte nähere Angaben zur Harninkontinenz, DK, Urostoma	Kathetergröße (Ch.): _____ Datum des letzten Wechels: _____			
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz / Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z. B. Unruhezustände, aggressives/abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verfahrensweisen? Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)

Erschwernisfaktoren:

- Kontrakturen Lokalisation _____
 Dekubitus Lokalisation _____
 Lähmungen Lokalisation _____
 Wunden Lokalisation _____

Sind freiheitsbeschränkte Maßnahmen erforderlich (z. B. Bettgitter)? ja nein
 wenn ja, welche? _____

Suchterkrankungen: Alkohol Medikamente Nikotin sonstige _____

Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen:			
Pilzinfektion	ja	<input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____
MRSA	ja	<input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____
ESBL	ja	<input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____
Sonstiger Keim	ja	<input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____
Letzter Abstrich			
Lungentuberkulose	ja	<input type="checkbox"/>	Letzte Thoraxaufnahme vom: _____

Datum _____

Unterschrift und Stempel Hausarzt/Hausärztin
 Unterschrift Klinikarzt/Klinikärztin **und** Unterschrift Pflegefachkraft
 (falls Patient/in zur Zeit im Krankenhaus)