

Altenheim St. Peter
Hilberstr. 50
45731 Waltrop

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Einzug in das Altenheim St. Peter

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

1. Diagnosen/Grunderkrankungen

Ärztliches Zeugnis nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten, ja nein

Insbesondere MRSA, ORSA und TCB

Bemerkungen: _____

Suchterkrankungen: nein ja, _____ (welche)

2. Medikamente (einschließlich Insulin)

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

Hilfe bei der Einnahme/Verabreichung erforderlich: ja nein

Bemerkungen: _____

3. Körperpflege/Kleidung

	ohne Hilfe	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

4. Hautbeschaffenheit

Hautzustand	intakt <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	schuppig <input type="checkbox"/>	rissig <input type="checkbox"/>
Pilzinfektion	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Allergien:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hautdefekte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Dekubitus:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ort/Lage: _____

Bemerkungen: _____

5. Bewegung/Lagerung

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollständige Bettlägerigkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Sturzgefahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Hilfsmittel:

Gehstock Rollator Toilettenstuhl Rollstuhl Lifter

Bemerkungen: _____

6. Ernährung

	Ohne Hilfe	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme	Schluckstörungen Hilfsmittel
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostform	Diabeteskost <input type="checkbox"/> vegetarische Kost <input type="checkbox"/>		Vollkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/>	passierte Kost <input type="checkbox"/> Sondennahrung <input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

7. Ausscheidungen

Hilfestellung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> auf der Toilette	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
		<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Steckbecken
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> neigt zu Durchfall	<input type="checkbox"/> Obstipation
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzter Wechsel _____	

mit Inkontinenzhilfsmittel versorgt: ja nein

Wenn ja, welcher Art: _____

Bemerkungen: _____

8. Orientierung

Zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Persönlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein

9. Gerontopsychiatrische Auffälligkeiten

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hyperaktiv	<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/> Antriebsstörung
<input type="checkbox"/> euphorisch	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> Lauf- u. Bewegungsdrang	<input type="checkbox"/> ständig suchend
<input type="checkbox"/> abweisend	<input type="checkbox"/> distanzlos	<input type="checkbox"/> aggressives Verhalten	
<input type="checkbox"/> aufgereggt	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> stimmungsschwankend	

Bemerkungen: _____

10. Bewusstseinslage

wach ansprechbar somnolent komatös Wachkoma seit _____

Bemerkungen: _____

11. Kommunikation

Hörvermögen ungestört mäßig schwer Ausfall
beeinträchtigt beeinträchtigt

Sprachvermögen ungestört mäßig schwer Ausfall
beeinträchtigt beeinträchtigt

Sehvermögen ungestört sensorische Aphasie motorische Aphasie
 mäßig schwer Ausfall
beeinträchtigt beeinträchtigt

Bemerkungen: _____

12. Tag-Nacht-Rhythmus

normal Mittagsschlaf Besonderheiten: _____
 nächtliche Ruhe gestört

Bemerkungen: _____

13. Atmung

normal eingeschränkt Asthmaanfälle Zyanose
 Schmerzen Husten Atemgeräusche Hilfsmittel

Bemerkungen: _____

14. Spezielle Hilfsmittel/Medizinische Hilfsmittel

Prothesen (Arm, Bein, Auge) ja nein Brille/Kontaktlinsen ja nein
Herzschrittmacher ja nein Stützkorsett ja nein
Hörgerät ja nein Zahnprothesen ja nein
Pumpen ja nein welche _____

Bemerkungen: _____

_____ Ort

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift
des (Haus-)Arztes