



**Senioren- und Pflegeheim „In der Au“,
Au 1, 83355 Grabenstätt,
Telefon 08661/92 98 59, Fax 08661/92 98 47**

Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in die stationäre Pflege/Kurzzeitpflege

Vor- und Zuname _____
 Anschrift _____
 Geburtsdatum _____
 Versichert bei _____
 Name, Anschrift Telefon _____
 von Angehörige, Betreuer _____

➤ **Diagnosen, auch Allergien:** (bitte deutlich schreiben!)

➤ **Medikation**

Die Einnahme von Medikamenten ist erforderlich 0 ja 0 nein

Wenn ja, bitte ausfüllen:

Medikament	Dosierung

Datum: _____

➤ **Angaben zu Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit:**

[Gehfähig?	0 ja	0 nein	0 teilweise
[Bettlägerig?	0 ja	0 nein	0 teilweise
[Besteht Inkontinenz?	0 ja	0 nein	0 teilweise
[Besteht Stuhlinkontinenz?	0 ja	0 nein	0 teilweise
[Dauerkatheter	0 ja	0 nein	0 teilweise
[Magensonde	0 ja	0 nein	0 teilweise

➤ **Pflegerischer Hilfebedarf:**

beim Essen Anleitung	0 ja	0 nein	0 mit
beim Trinken Anleitung	0 ja	0 nein	0 mit
beim Benutzen der Toilette Anleitung	0 ja	0 nein	0 mit
beim Aufstehen aus dem Bett Anleitung	0 ja	0 nein	0 mit
beim Aus- und Ankleiden Anleitung	0 ja	0 nein	0 mit
beim Waschen Anleitung	0 ja	0 nein	0 mit
beim Lagern zur Nachtruhe Anleitung	0 ja	0 nein	0 mit
Sonstiges: _____			

➤ **Fragen zum Allgemeinzustand:**

Sehfähigkeit:	0 nicht eingeschränkt	0 eingeschränkt	0 mit
Hilfsmittel:			
Hörfähigkeit:	0 nicht eingeschränkt	0 eingeschränkt	0 mit
Hilfsmittel:			
Körperliche Behinderung:	0 nein	0 ja: _____	
Geistig/seelische Behinderung:	0 nein	0 ja: _____	
Zeitlich orientiert	0 ja	0 nein	0 nicht immer
Örtlich orientiert	0 ja	0 nein	0 nicht immer
Persönlich orientiert	0 ja	0 nein	0 nicht immer
Situativ orientiert	0 ja	0 nein	0 nicht immer
Weglauftendenz:	0 nein	0 ja: _____	
Suchtkrankheiten?	0 nein	0 ja: _____	
Ansteckende Krankheiten	0 nein	0 ja: _____	
Benötigte Hilfsmittel:	0 Gehwagen	0 Rollstuhl	0
Anderes: _____			

Bescheinigung gemäß § 6 und § 7 IfSG:

Der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten im Sinne des § 6 IfSG.
Krankheitserreger im Sinne des § 7 IfSG (auch MRSA) sind bei dem/der Patient/in nicht nachgewiesen worden. Der/die Patient/in kann ohne jeglichen Bedenken in das Heim aufgenommen werden

	0 ja	0 nein	
[Hautdefekte (Dekubitus, Ulus o.ä.)		0 nein	0 ja : _____
[Behandlungspflege notwendig:		0 nein	0 ja: _____
[Transportfähigkeit:		0 sitzend	0 liegend
[Besonderheiten:			
	0 Diät erforderlich:	0 Diabetes	0 Schonkost
0 Sonstiges:			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
Arzt