

## Ärztlicher Fragebogen (anlässlich des Einzugs in unsere Pflegeeinrichtung)

Mit diesem Fragebogen bitten wir um Angaben **durch Ihren behandelnden Arzt** zu Ihrem aktuellen Hilfebedarf und körperlichem Zustand, um anhand dessen Ihren Pflegeumfang vorab einschätzen und Ihnen einen passenden Pflegeplatz anbieten zu können. Eventuell sind bei Einzug bestimmte Hygieneschutzmaßnahmen erforderlich.

Weiterhin benötigen wir nach § 36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz die beigefügte ärztliche Bescheinigung.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

### Körperlicher Zustand/Krankheiten

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Dekubitus:     nein    ja    wo: \_\_\_\_\_

Kontraktur:    nein    ja    wo: \_\_\_\_\_

Wundverhältnis:  nein    ja    wo: \_\_\_\_\_

Frei von MRSA:    ja     nein                      Frei von ESBL:             ja     nein  
 Frei von ORSA:    ja     nein                      Frei von Clostridien     ja     nein

Bestehen Sucht-  
 krankheiten:     nein    ja, \_\_\_\_\_

Liegen psychische  
 Störungen vor:    nein    ja, \_\_\_\_\_

### Bewusstsein/Kommunikation

Orientierungsstörungen:     zeitlich    örtlich    persönlich    situativ    Muttersprache: \_\_\_\_\_

Patient:     wach     ansprechbar                       wird sediert

Artikulations-/Sprachstörungen: \_\_\_\_\_

Primäre persönliche Bezugsperson/en: \_\_\_\_\_

### Mobilität

	sb	üs	üu	us
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen/Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bett aufsuchen/verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bettlägerig:  ja    nein

Lagerung: \_\_\_\_\_

### Vitalfunktionen

Mobiles Sauerstoffgerät vorhanden?     ja    nein

Tubus     Absaugen der Atemwege nach Bedarf erforderlich

### Waschen

	sb	üs	üu	us
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sb	üs	üu	us
Mundhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende: sb = selbstständig, üs = überwiegend selbstständig, üu = überwiegend unselbstständig, us = unselbstständig

## Essen & Trinken

Flüssigkeitsaufnahme                    sb   üs   üu   us  
     
Nahrungsaufnahme                         
Mundgerechte Zubereitung             
Schluckstörungen:                     ja    nein  
Ernährungszustand:    normal    kachektisch    adipös

## Ausscheidungen

selbstständige Toilettennutzung:    ja    nein  
Harninkontinenz:                         ja    nein  
Blasenverweilkatheter:                 ja    nein, liegt seit: \_\_\_\_\_  suprapubisch    transurethral CH: \_\_\_\_  
Stuhlinkontinenz:                         ja    nein  
neigt zu:                                     Obstipation    Diarrhöe  
Inkontinenzprodukte:                     ja    nein

## Kleiden

Ankleiden                                sb   üs   üu   us  
     
Auskleiden                               

## Ruhen und Schlafen

Nachtaktiv:                                 ja    nein  
Besonderheiten: \_\_\_\_\_

## Hilfsmittel

Brille                                       Toilettensstuhl                     Rollstuhl  
 Hörgerät  rechts  links         Dusch-/Badeeinsatz                 Rollator  
 Gehhilfe                                     Toilettenaufsatz                     \_\_\_\_\_  
 Zahnprothese  oben  unten     AD-Matratze                         \_\_\_\_\_

**Ein aktueller Medikamentenplan ist beigelegt**    ja    nein

Legende: sb = selbstständig, üs = überwiegend selbstständig, üu = überwiegend unselbstständig, us = unselbstständig

\_\_\_\_\_  
- Ort, Datum -

\_\_\_\_\_  
**Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes**

Anlage: Ärztliche Bescheinigung nach § 36 Absatz 4.