	<b>Ärztlicher Fragebogen</b>	Geltungsbereich: <b>EL, CM, QB, PDL</b>
	Dokument (Nr.) CL_02_3.1.1	Phase: <b>DO</b>



## 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, welche: \_\_\_\_\_

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

### Bewusstsein/Kommunikation


Orientierungsstörungen:  zeitlich  örtlich  persönlich  situativ

Patient:  wach  ansprechbar  wird sediert

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

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

Erstellt von: K. Wunderlich	Freigabe: K. Feil	Revision soll erfolgen am:
Datum: 29.03.2023	Datum: 29.03.2023	Datum:

	<b>Ärztlicher Fragebogen</b>	Geltungsbereich: <b>EL, CM, QB, PDL</b>
	Dokument (Nr.) CL_02_3.1.1	Phase: <b>DO</b>



### Mobilität

Sitzen	<input type="checkbox"/> sb	<input type="checkbox"/> üs	<input type="checkbox"/> üu	<input type="checkbox"/> us	Bettlägerig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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"/>	Lagerung: _____
Umlagern im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Vitalfunktionen

Mobiles Sauerstoffgerät vorhanden?  ja  nein

Tubus erforderlich  Absaugen der Atemwege nach Bedarf

### Waschen

Waschen	<input type="checkbox"/> sb	<input type="checkbox"/> üs	<input type="checkbox"/> üu	<input type="checkbox"/> us	Mundhygiene	<input type="checkbox"/> sb	<input type="checkbox"/> üs	<input type="checkbox"/> üu	<input type="checkbox"/> us
Duschen/Baden	<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"/>
Kämmen	<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	<input type="checkbox"/> sb	<input type="checkbox"/> üs	<input type="checkbox"/> üu	<input type="checkbox"/> us
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ernährungszustand:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> kachektisch	<input type="checkbox"/> 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

Erstellt von: K. Wunderlich	Freigabe: K. Feil	Revision soll erfolgen am:
Datum: 29.03.2023	Datum: 29.03.2023	Datum:



<b>Ärztlicher Fragebogen</b>	Geltungsbereich: <b>EL, CM, QB, PDL</b>
	Dokument (Nr.) CL_02_3.1.1



### Kleiden

Ankleiden sb üs üu us  
      
 Auskleiden

### Ruhens und Schlafen

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

### Hilfsmittel

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille  | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl                             | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links   | <input type="checkbox"/> Dusch-/Badeeinsatz                         | <input type="checkbox"/> Rollator  |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe  | <input type="checkbox"/> Toilettenaufsatz                           | <input type="checkbox"/> _____     |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten | <input type="checkbox"/> AD-Matratze <input type="checkbox"/> _____ |                                    |

### Ein aktueller Medikamentenplan ist beigefügt ja nein

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

Medikament	Verabreichung	Anmerkungen

#### Hauptdiagnosen:


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

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

Anlage: Ärztliche Bescheinigung nach § 36 Absatz 4.

Erstellt von: K. Wunderlich	Freigabe: K. Feil	Revision soll erfolgen am:
Datum: 29.03.2023	Datum: 29.03.2023	Datum: