


Stiftung St. Zeno Altenheim St. Elisabeth Schliersee-Neuhaus Pflege	Prozess-Standard Einzug neuer Heimbewohner Ärztlicher Fragebogen 1.4 PS 10e	
	Name:	geboren am:
	Körpergröße in cm:	Gewicht in kg:

Wir bitten um vollständige Beantwortung aller Fragen; Zutreffendes ankreuzen!

1. Ist der/die Patient/in gehfähig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2. Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
3. Ist der/die Patient/in häufig bettlägerig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
4. Besteht dauerhaft Bettlägerigkeit ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
5. Beherrschung des Stuhlabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
6. Beherrschung des Harnabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
7. Ist der/die Patient/in fremder Hilfe bedürftig ?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei der Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim zu Bett gehen <input type="checkbox"/> beim Waschen		
8. Ist der/die Patient/in desorientiert ?	<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> personal	<input type="checkbox"/> situativ
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	
10. beatmete Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
11. (auto-)aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	
12. Besonderheiten z.B: FeM, i.v. Port	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:		
13. Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:		
14. Ist der/die Patient/in körper-und/oder sinnesbehindert, wenn ja, welcher Art?				
15. Liegen geistig-seelische Störungen vor, wenn ja, welcher Art?				
16. Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Liegt eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (siehe § 48 a (2) Bundes-Seuchengesetz)				
Sind in der Krankengeschichte Resistenzen (z.B. MRSA, MRGN) bekannt ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Bemerkungen zu 16.:				

17. Diagnose:

18. Liegt Pflegebedürftigkeit vor:

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5 kein Pflegegrad

19. Wichtige Hinweise und Anmerkungen der/des Ärztin/Arztes:

20. Medikation:

Ort, Datum:.....

Kommunikation
☎ 08026 / 97 57-0 Fax 08026 / 97 57 25
✉ Bayrischzeller Str. 3 / 83727 Schliersee