

DEUTSCHORDENSHAUS REGENSBURG

Albertinum

Clermont-Ferrand-Allee 40

93049 Regensburg

Telefon: 0941 28073 -0 • Fax: 0941 28073 -150



# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

|                                                               |                                                   |                                           |                                            |                                              |                                                       |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Vor- und Zuname</b>                                        |                                                   | <b>Geburtsdatum</b>                       |                                            |                                              |                                                       |
| <b>Ist der Patient bettlägerig?</b>                           | <input type="checkbox"/> ja, ständig              | <input type="checkbox"/> häufig           |                                            | <input type="checkbox"/> nein                |                                                       |
| a) Wechseldruckmatratze erforderlich?                         | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein             |                                            |                                              |                                                       |
| b) Dekubitus                                                  | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> Lokalisation      |                                              |                                                       |
| c) Ulcera                                                     | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> Lokalisation      |                                              |                                                       |
| d) Kontrakturen                                               | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein             | <input type="checkbox"/> Lokalisation      |                                              |                                                       |
| <b>Liegt Inkontinenz vor?</b>                                 |                                                   |                                           |                                            |                                              |                                                       |
| Stuhlinkontinenz                                              | <input type="checkbox"/> nein                     | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> häufig            | <input type="checkbox"/> dauernd             |                                                       |
| Harninkontinenz                                               | <input type="checkbox"/> nein                     | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> häufig            | <input type="checkbox"/> dauernd             |                                                       |
| (wenn ja, in welcher Form?)                                   | <input type="checkbox"/> Stressinkontinenz        | <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz | <input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz | <input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz | <input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz - |
| <b>Benötigt der Patient Hilfe beim:</b>                       |                                                   |                                           |                                            |                                              |                                                       |
| Essen / Trinken                                               | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Körperpflege                                                  | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Ankleiden / Auskleiden                                        | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Gehen                                                         | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Treppensteigen                                                | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Aufstehen aus dem Bett                                        | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Aufsuchen / Benutzen der Toilette                             | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| <b>Ist der Patient:</b>                                       |                                                   |                                           |                                            |                                              |                                                       |
| zeitlich desorientiert                                        | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| örtlich desorientiert                                         | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| persönlich desorientiert                                      | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| situativ desorientiert                                        | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Treten nachts Unruhezustände auf?                             | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Besteht eine Weglauftendenz?                                  | <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> gelegentlich     | <input type="checkbox"/> nein              |                                              |                                                       |
| Fixierung Beschluss (Bettgitter, Bauchgurt, Gurt am Stuhl...) | <input type="checkbox"/> ja, welche?              |                                           |                                            | <input type="checkbox"/> nein                |                                                       |
| Besteht eine Eigen-/ Fremdgefährdung?                         | <input type="checkbox"/> ja                       |                                           |                                            | <input type="checkbox"/> nein                |                                                       |
| Besteht eine Suchtkrankheit?                                  | <input type="checkbox"/> ja, welche?              |                                           |                                            | <input type="checkbox"/> nein                |                                                       |
| Besteht eine körperliche Behinderung?                         | <input type="checkbox"/> ja, Art der Behinderung? |                                           |                                            | <input type="checkbox"/> nein                |                                                       |
| Liegen psychische Störungen vor?                              | <input type="checkbox"/> ja, Art?                 |                                           |                                            | <input type="checkbox"/> nein                |                                                       |

|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Besteht Schwerhörigkeit?                                                    | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| Besteht Blindheit?                                                          | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| Besteht Demenz?                                                             | <input type="checkbox"/> ja, Art?                    | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| <b>Diagnosen:</b>                                                           |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
| <b>Medikation:</b>                                                          | <b>Marcumar</b>                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein               |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
| Port-Katheter                                                               | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| Tracheostoma                                                                | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| Herzschritmacher                                                            | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| Pufi                                                                        | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| PEG                                                                         | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| <b>Hat der Patient ansteckende Krankheiten?</b>                             |                                                      |                                                                         |
| MRSA                                                                        | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja                                             |
| Hepatitis A – B – C                                                         | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja                                             |
| Tuberkulose (auch ansteckungsfähige Lungentuberkulose gem. §36 Abs. 4 IfSG) | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja                                             |
| Andere ansteckende Krankheiten                                              | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja, welche? _____                              |
| <b>Bestehen Allergien / Anfallsleiden?</b>                                  | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja, welche? _____                              |
| <b>Spezielle Diät?</b>                                                      | <input type="checkbox"/> ja, welche? _____           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Orale Medikation |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> Insulin, Präparat:          | Dosierung:                                                              |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> wie viele BE                |                                                                         |
| <b>Empfohlene Unterbringung</b>                                             | <input type="checkbox"/> Wohnen mit Pflegeleistungen |                                                                         |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> Beschützende Abteilung      |                                                                         |
| <b>Liegt ein Pflegegrad vor?</b>                                            | <input type="checkbox"/> ja, welche? _____           | <input type="checkbox"/> nein                                           |
| <b>Hinweise und Bemerkungen des Arztes:</b>                                 |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |
|                                                                             |                                                      |                                                                         |

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Telefonnummer