

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme



1. Name, Vorname: _____
 geb. am: _____

Marienhospital
Seniorenpflegezentrum GmbH
 Spardorfer Str. 32 · 91054 Erlangen

Telefon 09131 802-0
 Telefax 09131 802-200
 verwaltung@marienhospital-erlangen.de
 www.marienhospital-erlangen.de

2. Medizinische Diagnosen: _____

3. Allergien / Unverträglichkeiten: _____

4. Krankheitsbedingte Besonderheiten:
 Heparin Herzschrittmacher
 Marcumar _____

5. Vorhandene Wunden/Dekubitus, wie versorgt? _____

6. Nachweis gemäß § 36 Abs. 4 IfSG (Infektionsschutzgesetz)
 Bei dem Bewohner sind keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose oder einer anderen ansteckenden Krankheit vorhanden.

7. Suchtkrankheiten: nein ja, welche: _____

8. Körperl. Behinderung: nein ja, welche: _____

9. Wie ist die Gemütsverfassung/seelische Stimmung: _____

10. Hilfsbedürftigkeit beim:

(bitte ankreuzen)	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Aufstehen aus dem Bett				
Zubettgehen				
An-/Auskleiden				
Waschen				
Frisieren/Rasieren				
Essen				
Benutzung der Toilette				





11. Ist der/die Bewohner/in bettlägerig? häufig ständig

12. Ist der/die Bewohner/in sturzgefährdet? nein ja

13. Liegt Inkontinenz vor?

(bitte ankreuzen)	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				

14. Ist der/die Bewohner/in desorientiert?

(bitte ankreuzen)	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
örtlich				
zeitlich				
persönlich				
situativ				

Besteht Weglaufgefahr? nein ja

Ist eine Fixierung notwendig? nein ja
richterlicher Beschluss vorhanden: nein ja seit: _____

15. Treten nachts Unruhezustände auf? nein gelegentlich häufig dauernd

16. Größe: _____ Gewicht: _____

17. Ernährungszustand: BMI: _____

übergewichtig gut Risikobereich zum Untergewicht untergewichtig

18. Diät / Schonkost erforderlich: nein ja, welche: _____

19. Der/Die Bewohner/in ist versorgt mit (bitte ankreuzen):

Sonden: Magensonde PEG-Sonde PEJ-Sonde
Sondenernährung: vollständig teilweise
zusätzlich möglich: Nahrung Flüssigkeit
Applikation: per Pumpe per Schwerkraft per Bolus

Tracheostoma

suprapubischem Katheter, gelegt am: _____ durch: _____

transurethralem Katheter: Silikon Latex CH: _____
gelegt am: _____ Wechsel fällig am: _____

Inkontinenzprodukten: _____

Anus praeter: _____

Prothesen: _____

Hilfsmitteln: _____

Sonstigem: _____



20. Medikamente, die regelmäßig verabreicht werden müssen:

Abkürzungen der Verabreichungsform in der Spalte Form

Br = Brausetablette / **D** = Dragée / **Da** = Dosieraerosol / **G** = Gel / **Kps** = Kapsel / **Kt** = Kautablette /
Lsg = Lösung (ml) / **Pa** = Paste / **Pu** = Puder / **Sa** = Saft (ml) / **Tbl** = Tabletten / **Tr** = Tropfen (Anz.) / **Z** = Zäpfchen

Medikamentenname/Wirkstoff:	Form:	früh:	mittags:	abends:	nachts:

21. Bedarfsmedikation:

Medikamentenname/Wirkstoff:	Form:	Einzel dosis:	Max. Dosis/24 Std.

22. Hat der Bewohner chronische Schmerzen? nein ja

23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

24. Bisheriger ambulanter Pflegedienst (Bitte Adresse und Ansprechpartner angeben!):

25. Pflegeeinstufung:
Einstufung bereits beantragt: nein ja, wann: _____
bei Pflegekasse: _____
bisher anerkannte Pflegestufe: I II III keine Pflegebedürftigkeit

Bei einem vorherigen Aufenthalt in einem Krankenhaus ist der Pflegeverlegungsbericht erforderlich!

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes