



Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP, TP

Geltungsbereich: **AWO ER, AWO SONNE, AWO SSD**
Bereich: **stationäre Pflege und stationäre Eingliederungshilfe**

Einrichtung: _____ Eingangsvermerk der Einrichtung: _____

1.	Familiename, Vorname	Geburtsname
2.	Geburtsdatum	
3.	Pflegegrad (SGB XI) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag Begutachtung ist gestellt	
4.	Hilfebedarfsgruppe (Eingliederungshilfe) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Zwischenangebot <input type="checkbox"/> Sonderkostensatz <input type="checkbox"/> nein	
5.	Gehfähigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> nein	
6.	Treppensteigen möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
7.	Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> vollständige Immobilität	
8.	Ausscheidung Harnkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stuhlkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Hilfebedarf <input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei:	
10.	verordnete Hilfsmittel	
11.	örtlich orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	
12.	zeitlich orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	
13.	nachts ruhig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	
14.	Gemütsstimmung Art	
15.	gefährliche Eigenschaften <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise Wenn ja oder zeitweise , welche:	
16.	Suchtkrankheit <input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> nein	
17.	Körperliche Behinderungen Art	
18.	Geistig-seelische Behinderung oder Störung Art	
19.	Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein , welche:	
20.	Ist der Patient nachweislich frei von Multiresistenten Erregern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt Wenn nein , welche:	
21.	Impfstatus Tetanus <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein Pneumokokken <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein Gripeschutz <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein	



Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP, TP

Geltungsbereich: **AWO ER, AWO SONNE, AWO SSD**
Bereich: stationäre Pflege und stationäre Eingliederungshilfe

	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> nein	
22. Diagnosen			
23. aktuelle Medikation	<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel Stärke Dosierung		
	<input type="checkbox"/> Dauermedikation Stärke Dosierung		
	<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation mit Stärke	Grund der Indikation	Einzel-dosis
	<input type="checkbox"/> Verbände/ sonstige ärztliche Verordnungen		
24. angeordnete Diät / notwendige Kostform	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____		<input type="checkbox"/> Sondenkost
	<input type="checkbox"/> nein		aktuelles Gewicht: _____
25. bestehende Facharztbehandlung/en	Fachgebiet: _____	Name Facharzt/Fachärztin: _____	
	Fachgebiet: _____	Name Facharzt/Fachärztin: _____	
	Fachgebiet: _____	Name Facharzt/Fachärztin: _____	
	Fachgebiet: _____	Name Facharzt/Fachärztin: _____	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der Arztes/Ärztin